FACULTÉ DE MÉDECINE

Kremlin-Bicetre

université PARIS XI

44

ANNÉE 1972 No

THESE

POUR LE

Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean RAMOELINTSALAMA

Né le 5 juin 1926 à FIANARANTSOA (MADAGASCAR)

Médecin de l' Assistance Publique (Madagascar)

Médecin Adjoint de l' Hôpital Psychiatrique de TANANARIVE

Diplômé de l' Institut de Médecine Tropicale de la Faculté de Médecine de PARIS

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

CONTRIBUTION A L' ETUDE DE L' ALCOOLISME CHEZ LES FEMMES

Quelques Cas observés à l' Hôpital Psychiatrique de SAINT-DIZIER (52) FRANCE

Président : Monsieur le Professeur J . B . BOUVIER

LE PRESIDENT DE THESE

LE DOYEN DE LA FACULTE

DE MEDECINE PARIS - SUD

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE

A Monsieur le Professeur J. B. BOUVIER
Chevalier de la Légion d' Honneur
Professeur de clinique à la Faculté de médecine de PARIS

Qui a bien voulu nous faire le très
grand honneur d'accepter la Présidence
de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre gratitude et de notre profond respect.

AUX membres de notre Jury

A mes maîtres

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mon Maître

le Docteur G. DAUMEZON
Chevalier de la Légion d' Honneur
Médecin des hôpitaux psychiatriques
Médecin Chef de l'Hôpital Henri ROUSSELLE - PARIS.

dont la grande expérience nous
a été irremplaçable tout au long de
ce travail.
En témoignage de vive et sincère
reconnaissance pour l'aide bien-
veillante qu'il nous a apportée,
durant nos études.

A mon cher ami
le Docteur Victor BUKIET

à qui nous voulons exprimer ici
toute notre gratitude pour tout
ce qu'il a fait pour nous ;

en particulier, pour les conseils
éclairés qui nous furent si utiles
dans l'élaboration de cette thèse.

A Madame Suzanne BUKIET
A Jean
Marc
Hélène

Toutes nos sincères amitiés !

A Monsieur le Professeur Agrégé Pierre NABET

Biologiste des Hôpitaux
Faculté de Médecine de NANCY

A Madame le Docteur Francine GENETET

Faculté de Médecine de NANCY

Toute ma reconnaissance pour l'aide et les Conseils précieux qu'ils nous ont prodigués tout au long de nos études.

A notre Maître Henry EY

dont l'enseignement clinique et théorique
auquel nous assistons assidûment à l' Hôpital
de Ste-Anne - PARIS - nous fait toujours et
davantage admirer et aimer la Psychiatrie française.

Nous nous efforcerons d'en faire profiter Madagascar
quand nous serons de retour au Pays.

Tous nos respects et notre reconnaissance .

A Monsieur le Professeur Georges PASCALIS

Professeur de Psychiatrie

Faculté de Médecine de REIMS

Avec toute ma reconnaissance

et mon profond respect.

A mes maîtres :

Le Docteur Michel LANDRY

Le Docteur Roger TEBOUL

Médecins des Hôpitaux Psychiatriques.

qui m'ont fait aimer davantage la Psychiatrie .

Toute ma reconnaissance sincère.

A Messieurs les Docteurs LAPENNE

NIQUE

LAUFF

PARRY

Médecins des Hôpitaux Psychiatriques

de SAINT - DIZIER

A Monsieur le Professeur B U R G

Directeur de l' I. N. S. E. R. M. - PARIS -

qui nous a toujours apporté par sa compétence
et ses conseils amicaux une aide considérable
au cours de nos études.

A Monsieur le Docteur RAKOTO - RATSIMAMANGA

Ambassadeur de Madagascar à PARIS
Membre de l'Académie des Sciences
et de l'Académie de Médecine
Directeur de Recherches au C.N.R.S.

Avec nos sincères remerciements et
notre reconnaissance.

A Monsieur RAHANDRAHA Thomas
Doyen de la Faculté des Sciences
de Tananarive

Avec nos sincères amitiés.

A Monsieur le Docteur Zoïla FERNANDEZ

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

qui nous a toujours aidé de ses conseils éclairés
au cours de nos études.

A Monsieur le Professeur

Hugues GOUNELLE de PONTANEL

Membre de l'Académie de Médecine

Président de l'Association

Médico - Sociale Protestante.

Directeur de la Revue : " Médecine et Nutrition "

qui nous a permis aimablement d'accèder
aux dossiers de la Revue " Médecine et Nutrition "
et en particulier de mettre en pratique
la méthode du Docteur P.L. LE GO

Avec tous nos remerciements sincères.

A Monsieur le Professeur

Maurice P A Y E T

Hôpital Claude Bernard - PARIS.

Ancien Professeur de clinique Médicale

à l'Ecole de Médecine de TANANARIVE.

qui a guidé nos premiers pas dans

nos études médicales.

Nous lui devons beaucoup.

Toute notre profonde reconnaissance

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine

et de Pharmacie

R E I M S - Département du C.E.S. de Psychiatrie

Le Professeur Agrégé PASCALIS

Le Professeur Agrégé MORICE

Messieurs les Docteurs TEBOUL

SEGAL

PONS

LAUFF

et mes amis d'Internat.

A mes maîtres

- de la Faculté de Médecine de PARIS
- de la Faculté de Médecine de NANCY
- de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de TANANARIVE.

A Monsieur Pierre BOITEAU

Ingénieur Agronome

Ancien Directeur du Parc Botanique
et Zoologique de Tananarive

Membre correspondant de

l'Académie ~~de~~ MALAGASY

Avec toute notre sincère gratitude.

A mes amis

Pierre SEVIN

Délégué Médical des Laboratoires CASSENNE
Président du LUCY ATHLETIC CLUB

Jeannine SEVIN

Chevalier des Palmes Académiques
Directrice de l'Institut Médico-Pédagogique
Fondation Sainte-Lucie - MONTIER -en- DER

Avec mon amitié sincère

et toute ma reconnaissance.

A Monsieur HERT Maurice et Madame

Econome de l' Hôpital Psychiâtrique
Chevalier des Palmes Académiques
52 - SAINT DIZIER

Avec toutes nos amitiés

et notre profonde reconnaissance.

A Monsieur HAGRY Michel et Madame

et leurs enfants

Nos sincères amitiés.

A la mémoire du Docteur RATANDRA Samuel

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Ancien Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique

de TANANARIVE.

A Monsieur le Docteur RAMAROSON Bertrand

Médecin Résident de l' Hôpital Psychiatrique

de TANANARIVE

qui ont guidé nos premiers pas dans la Psychiatrie

Toute notre reconnaissance .

A Monsieur Henri RAHARIJAONA et Madame

Premier Président de la Cour d'Appel

TANANARIVE

A Maître René RARIJAONA

Professeur à la Faculté de droit

de TANANARIVE

Toutes nos amitiés.

A nos amis :

Le Pasteur Paul VOUGA et famille
MORGES - LAUSANNE (Suisse)

Le Pasteur Jacques WALTER et famille
Mission Populaire
L Y O N (France)

Toutes nos amitiés et notre reconnaissance.

A Monsieur le Pasteur

ANDRIAMANJATO Richard et Madame

Député - PRésident du Conseil

Municipal de TANANARIVE

" Sitraka enti-matory ho valiana raha mahatsiaro "

A la mémoire de Madame Madeleine RAVOAJANAHARY

à Monsieur RAVOAJANAHARY Charles

Professeur à la Faculté des Lettres et

Sciences humaines - TANANARIVE

et RANDIANINA

VOLOLONA

MAHATSANGY

Nos sincères amitiés.

A la mémoire de notre oncle

le Docteur RAVOAHANGY ANDRIANAVALONA

ancien Ministre de la Santé Publique

de MADAGASCAR.

Notre profond respect, notre vive reconnaissance et notre hommage à celui qui toute sa vie a incarné la dignité et le patriotisme Malagasy.

A Madame Veuve RAVOAHANGY Flora

et à ses enfants .

A la mémoire de notre oncle

Le Docteur RAZAFINDRATANDRA RADRAMA ZO

qui nous a inculqué une certaine idée
d'une médecine véritable au service du peuple.

Notre sincère reconnaissance.

A notre Mère

Toutes nos amours et notre
pieuse reconnaissance.

A mes frères.

A mes soeurs.

A la mémoire de notre PERE

Ny ANDRIANA RAZAFINTSALAMA Jean

Ultime hommage et Reconnaissance

pour tout ce qu'il a fait pour nous.

A mon beau - père

Monsieur Stéfane LE GROS

Maire de Pierrelaye - Pontoise (Val d'Oise)

Nos hommages et notre sincère
reconnaissance pour tout ce qu'il
a fait pour nous .... depuis notre
plus tendre enfance.

A mes beaux - parents

Monsieur et Madame RANAIVOSON Charles

Notre profonde amitié et notre
pieuse reconnaissance.

A mes belles - soeurs.

A mes beaux - frères.

A mon épouse,

Fruit de notre lutte commune, de nos
sacrifices partagés, ce travail représente
le symbole de notre unique volonté,
de notre mutuel soutien
et de nos espérances communes,

et de notre commun Idéal.

A mes enfants

JEMINA VONIMBOAHANGY
SEDERANAVALONA JAONA
HERY RANDALINAVALONA
ZINA VOLOLOMBOAHANGY
JOHARY RAMAHARONAVALONA
VOLAMENA RAMAHATANA
MAHATSANGY FAHALEOVANTENA

et que leur vie soit faite de dévouement
d'honnêteté, d'amour au service de
la famille et de Madagascar.

UNIVERSITE PARIS - SUD

FACULTE DE MEDECINE PARIS-SUD

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d' Etat)

par

Noms et Prénoms du candidat :

RAMOELINTSALAMA Jean-Norbert

né le 5 JUIN 1926, à FIANARANTSOA

MADAGASCAR

Présentée et soutenue publiquement le 1972

TITRE DU MANUSCRIT

CONTRIBUTION à l'ETUDE de l' ALCOOLISME chez les femmes

Quelques cas observés à l'Hôpital Psychiatrique de SAINT-DIZIER (Haute-Marne) FRANCE

LE PRESIDENT DE THESE

LE DOYEN DE LA FACULTE
de Médecine PARIS-SUD

LE RECTEUR de l' ACADEMIE

C O N T R I B U T I O N à L' E T U D E

D E L' A L C O O L I S M E chez L E S F E M M E S

Quelques cas observés à l'Hôpital Psychiatrique

de SAINT - DIZIER (Haute-Marne)

P L A N G E N E R A L

I - INTRODUCTION

II - Exposé de 18 observations et résumé synoptique

III - Aspects généraux de l'alcoolisme féminin

- Somatique,
- Psycho-pathologique (motivations et conséquences)
- Socio-économique.

IV - Thérapeutique

- Cure de désintoxication,
- Cure d'interdiction,
- Psychothérapie de soutien,
- Sociothérapie et ergothérapie,
- Post-cure.

V - CONCLUSION

I N T R O D U C T I O N

En France, l'alcoolisme reste malheureusement d'actualité. C'est une véritable maladie à la fois somatique, psychique et socio-économique.

En effet, l'alcoolisme se trouve dans le peloton de tête de la mortalité, au troisième rang, après les maladies cardio vasculaires et les cancers. Dans la statistique du Professeur PERRIN, citée par J. LEREBOULLET (revue du praticien du 7 décembre 1970).

Sur 497.000 décès, on note :

- 172.000 sont dûs aux maladies cardio-vasculaires,
- 88.000 aux cancers,
- 28.400 à l'alcoolisme,
- 26.700 aux accidents,
- 6.300 à la tuberculose.

La morbidité par alcoolisme, est encore plus importante que ne le révèlent les statistiques, car outre les affections qui lui sont directement rattachées, c'est aussi un facteur d'aggravation notamment pour la tuberculose, les cancers, les maladies cardio-vasculaires.

Ces divers facteurs, déjà importants en eux-mêmes, ont des retombées socio-économiques considérables.

Socialement, l'alcoolisme, a une influence désastreuse sur la famille, il favorise la délinquance et la criminalité. Puis, sournoisement mais inexorablement, l'alcool diminue progressivement les capacités de travail et condamne l'alcoolique à descendre peu à peu l'échelle sociale. L'alcoolisme est donc un facteur indéniable de paupérisation.

Sur le plan de l'économie, diverses études effectuées dans les hôpitaux généraux et dans les hôpitaux psychiatriques, indiquent que le coût de l'alcoolisme : dépenses hospitalières, remboursements et indemnités journalières, accidents de circulation surtout, criminalité, etc... grève de façon catastrophique le budget de la Nation.

L'importance de l'alcoolisme en France a suscité de nombreux travaux signés souvent de noms illustres.

Nous ne comptons pas reprendre l'ensemble du problème, pour le mettre éventuellement au goût du jour. Notre but est plus modeste. Durant notre internat à l'Hôpital Psychiatrique de SAINT-DIZIER (Haute-Marne), dans le service du Dr LANDRY et du Dr TEBOUL, Médecins-Chefs des Hôpitaux Psychiatriques, nous avons pu observer d'assez nombreux cas d'alcoolisme chez la femme. C'est donc aux problèmes médicaux , psychologiques, socio-économiques liés à l'alcoolisme féminin que nous consacrons cette thèse.

Il nous semble que dans le cadre de l'alcoolisme, un certain nombre d'éléments distinguent la forme masculine de la formation féminine.

Certains auteurs, et, récemment encore, P. FOUQUET et HAAS, dans " un forum " du " Journal " Concours médical (N° du 20 Février 1971) ont mis l'accent sur ces différences.

Nous empruntons les quelques lignes qui suivent, à ces auteurs, car elles correspondent assez bien à notre point de vue à ce sujet :

..." En matière d'alcoolisme, l'inégalité entre l'homme et la femme est encore plus flagrante. Chez l'homme, l'alccol est souvent vu avec complaisance et même un rien de sympathie. Analysé, étudié, traité par les médecins avec toute l'attention dûe " à une vraie maladie ". Tandis que l'alcoolisme chez la femme est considéré comme honteux, dégradant, obligeant la femme, pendant longtemps à masquer son penchant.

Traquée, la femme alcoolique s'isole avec sa maladie honteuse, se terre dans sa cuisine ou son boudoir... Rien de l'alcoolisme conquérant et jovial de l'homme. Recourant à l'alcool du fait de sa solitude, elle s'y enfonce davantage.

En pays bragard, région qui fait jonction entre l'Ile de France et la Lorraine, dans la plupart des cas, la femme n'a même pas l'exutoire de l'alcoolisme mondain tel que l'on pourrait rencontrer en d'autres régions. Cet aspect clandestin de l'alcoolisme féminin, rend son approche malaisé, surtout, en ce qui concerne les formes frustres.

Notre étude portera uniquement sur les formes sérieuses, graves de l'alcoolisme féminin et qui ont nécessité une ou plusieurs hospitalisations à l'Hôpital Psychiatrique de SAINT-DIZIER.

Nous pensons pouvoir ainsi compléter les Travaux du Docteur EUMONT (Alcoolisme féminin dans la Meuse, traité en milieu psychiatrique - NANCY - thèse Mai 1970) et celui du Docteur BOULON (L'alcoolisme féminin traité en milieu psychiatrique dans les départements de l'Aube et de la Haute-Marne. Ses causes et ses conséquences - thèse - Faculté de Médecine - 28 Novembre 1956 - NANCY).

En nous référant aux chiffres qui seront donnés plus loin et en les comparant avec ceux de BOULON, (Thèse NANCY 1956), il nous faut constater une recrudescence, nette et régulière du nombre d'hospitalisations pour alcoolisme féminin, à l'Hôpital Psychiatrique de SAINT-DIZIER.

Nous nous proposons encore de répondre dans une certaine mesure, à la circulaire du Conseil départemental de l'ordre des médecins de la Haute-Marne, en date du 15 décembre 1969, traitant de la "lutte contre l'alcoolisme et de son coût réèl pour la Nation".

Les termes de cette circulaire sont très significatifs et nous ne pensons pas superflu d'en extraire quelques passages.

" Le Comité National de lutte contre l'alcoolisme a demandé au Conseil départemental de l'ordre des médecins de la Haute-Marne, de bien vouloir appuyer l'action qu'il entend mener à partir du 1 er janvier 1970, en commençant par faire une enquête aussi précise que possible pour déterminer le coût réèl de l'alcoolisme en France.

Notre département (la Haute-Marne), a été choisi - hélas à juste titre - avec quelques autres, comme région-pilote. Sous le haut patronage de Monsieur le Préfet et en collaboration avec les nombreux organismes intéressés, parmi lesquels, l'Union hospitalière, le Directeur de l'Aide Sociale et les différentes Caisses de Sécurité Sociale, le Conseil départemental de l'Ordre est également d'accord pour participer à cette enquête. Le calcul d'un tel prix de revient nécessite en effet, l'étude de nombreux facteurs dont l'un des composants majeurs est le coût des hospitalisations dûes en totalité ou en partie à l'alcoolisme.

Pour le moment, cette seule question nous est posée. Sans doute pourraît-elle paraître un peu superflue ou "dépassée" si l'on ne nous avait affirmé que sa solution permettrait ensuite de déclencher un ensemble de mesures efficaces dont l'urgence n'échappe à personne, mais dont la mise en application nécessite, de l'avis des sphères officielles, ce bilan préalable indispensable pour prévoir l'envergure des opérations ultérieures."

(Docteur J.F. BONNET)

Nous n'avons pas la prétention de faire une étude exhaustive et statistique de l'alcoolisme féminin en Haute-Marne, mais nous nous attacherons exclusivement aux malades du secteur B qui ont été hospitalisées mais qui ont aussi quitté l'Hôpital entre le 1 er janvier et le 31 décembre 1970.

Cette limitation stricte dans le temps et l'espace est volontaire. Nous tenons à présenter la totalité des cas d'une seule année, en l'occurence l'année 1970, et non un échantillonnage choisi selon des critères jusqu'ici retenus dans d'autres travaux. Car cette année 1970 marque, en effet, le début d'une véritable structuration du secteur, dans toutes ses activités.

Nous espérons ainsi poser un jalon utile à un moment donné, et contribuer à une éventuelle étude statistique ultérieure du problème sur le plan régional et même national.

En outre, nous allons :

- Envisager certaines implications financières de l'alcoolisme,

- Présenter notre expérience des Post-cures dans le cadre de la sectorisation(D.H.M., visites à domicile),

- Faire le bilan des essais de psychothérapie individuelle et de groupe.

- RESUMES des 18 OBSERVATIONS -

CAS N° 1

Madame MAU née R. Nicole
née le 13.1.1944

Profession : sans

Mariée - mari ouvrier maçon.

Famille ouvrière - études primaires sans C.E.P.

7 enfants nés entre 1963 et 1969.

Conjoint éthylique - a déjà été désintoxiqué - effaçé.

Ancienne pupille du Service de l'Aide Sociale à l'Enfance de CHAUMONT (déchéance parentérale).

Revenu : 800 F par mois - habitation : 2 P. + C.

Toxique : boit depuis 5 ans en cachette

- du vin
- des apéritifs (Ricard)

Motifs de l'hospitalisation :

- état d'ébriété
- agitation psycho-motrice.

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

- éthylisme névrotique de compensation
- difficultés familiales
- salpingectomisée dans le cadre du planning familial
- débilité moyenne : QI = 72
- a longtemps nié et caché son éthylisme.

NOMBRE DE CURES :

A fait 5 séjours entre 1969 et 1970
suivie périodiquement en post-cure

durée du dernier séjour : 46 jours

COTATION : 5

CAS N° 2

Madame HEM née NAV

née le 3.7.1930

Profession : sans

Mariée - mari exploitant agricole, à revenus confortables
- grande ferme -

Famille paysanne aisée - mari sobre

A 9 enfants nés entre 1953 et 1964.

Etudes Primaires sans C.E.P.

Toxique : boit depuis 6 ans

- du vin rouge.

Motifs de l'hospitalisation

- en état d'ébriété - arrivée de nuit au service accompagnée de son mari.

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

- éthylisme névrotique
- personnalité immature de type hystérique
- bovarysme
- surchargée par 9 enfants

débilité légère : QI = 97

NOMBRE DE CURES :

A fait 8 séjours entre 1968 et 1970

post-cures et visites à domicile

psychothérapie individuelle, de groupe

durée du dernier séjour : 41 jours

Cotation : 4

CAS N° 3

Madame MALA née SCAN

née le 10.4.1925

Profession : ouvrière (métallurgie)

Mariée - famille d'employés de bureau
Mari conducteur d'ambulance d'hôpital

Mari éthylique

2 enfants nés en 1946 et 1949
Etude jusqu'en 3 è (niveau B.E.P.C.)

Revenu : 1.000 Fr par mois - habitation 3 P. + C.Confort.

Toxique : boit depuis 8 ans
- du vin
- de la bière.

Motifs de l'hospitalisation

- hospitalisée à l'occasion d'une ivresse tapageuse

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

- éthylisme chronique - personnalité névrotique
- Mésentante conjugale (accuse son mari d'être impuissant, de la laisser tomber).
- paranoiaque
- refuse toute collaboration
- échec de la psychothérapie

NOMBRE DE CURES :
4 séjours de 1966 à 1970

Durée du dernier séjour : 26 jours

Cotation : 4

CAS N° 4

Madame MENE née TOC

née le 6.10.1906

Profession : sans

Mariée - Parents ouvriers

mari : invalide - grand blessé de guerre (14-18)
Pensionné à 100 %

Mari éthylique - tyrannique

A 1 enfant né en 1925

Habitation : 4 P. + C. - confort -

De famille paysanne - études primaires sans C.E.P.

Toxique : boit depuis 15 ans

- du vin

Motif de l'hospitalisation

- en état de pré-délirium

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

- troubles de l'humeur et du comportement liés à un état d'intoxication éthylique

- tuberculose pulmonaire associée à une cardio-sclérose.

- cirrhose associée.

NOMBRE DE CURES

3 cures de 1967 à 1970

Durée du dernier séjour : 24 jours

Post-cure : non

Cotation : 5

CAS N° 5

Madame BRAU née BEN Nicole

née le 7.7.1935

Profession : Comptable dans un Service Administratif

Mariée

Mari : employé de bureau - effacé - sobre

A 1 enfant né en 1962

Habitation : confortable

Famille d'employés - bureaucrates

Toxique : boit depuis 7 ans

- du vin
- de la bière

Motifs de l'hospitalisation

- éthylisme chronique
- baisse de rendement professionnel
prématurément vieillie
- comportement homo-sexuel - très marquée - mari effacé -
- commande à lá maison - c'est elle qui dirige le ménage.

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

- éthylisme chronique avec
- état dépressif névrotique.

Durée du séjour : 40 jours

- Psychothérapie
- Post-cure
- D.H.M.
- Visite à domicile.

Cotation : 4

CAS N° 6

Madame CL née THE Paulette

née le 16.3.1933

Profession : sans

Mariée

Mari : invalide - aveugle - boit aussi

Ressource financière : 1.300 F par mois (pension + aide sociale)

D'origine paysanne - études primaires sans C.E.P.

Pas d'enfant

Toxique : boit depuis 8 ans
- du vin

Débilité par carence socio-éducative : QI = 67

Motifs de l'hospitalisation

- plusieurs fugues
- tentative de suicide par ingestion de médicaments
- agitation psycho-motrice - agressivité

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

- éthylisme chronique
- comitialité

Nombre de Cures

5 cures de 1962 à 1970
Durée du dernier séjour : 22 jours

- Post-cure
- D.H.M.

Cotation : 4

CAS N° 7

Mme CANNE ...
née le 6.10.1924

Profession : ouvrière en confection

Divorcée - vit en concubinage

Prostitution intermittente

Famille ouvrière - orpheline à 14 ans

Fréquentation scolaire jusqu'à 13 ans - pas de C.E.P.-

QI = 107 au WB

Mari ouvrier - sobre - mais "coureur"

Divorcée en 1946

A 1 garçon né le 15.7.1941 du 1 er mariage et 1 fille née en 1952 de son concubinage.

Concubin éthylique

Plusieurs condamnations pour "marché noir" en 1946 et pour ivresse publique par la suite.

Toxique : boit depuis 20 ans

- du vin
- de la bière
- des apéritifs.

Motifs de l'hospitalisation
- éthylisme chronique - cirrhose
- état de pré-délirium

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE
- psychose délirante chez une éthylique chronique.

NOMBRE DE CURES

2 : 1 en 1965 et 1 en 1970

Durée du dernier séjour : 35 jours
Psychothérapie de groupe
Post-cure - D.H.M.

Cotation : 5

CAS N° 8

Mme DEY née PL Geneviève

Née le 10.8.1934

Mariée

Profession : sans

Mari : ouvrier fondeur - époux sobre, travailleur
mais tyrannique et souvent absent de chez lui.

QI : 65 au WB

débilité mentale : illétrée

Famille ouvrière

Bien logée

Toxiques : boit depuis 6 ans

- du vin
- de la bière.

A 5 enfants nés en 1953 - 1958 - 1961 - 1963 et en 1969

Orpheline de père à 16 ans.

Habite avec une belle-mère frustratrice

Motifs de l'hospitalisation

- excitation psycho-motrice avec périodes dépressives

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

- troubles mentaux de l'éthylisme chronique
- épisodes maniaco-dépressifs
- mauvais état général
- fond de débilité mentale.

NOMBRE DE CURES

7 séjours entre 1964 et 1970

durée du dernier séjour : 37 jours

Psychothérapie individuelle et de groupe
Post-cure - D.H.M.

Cotation : 5

CAS N° 9

Mme CAS née BUR Suzanne

née le 8.2.1926

Sans profession, dernière profession connue :"serveuse de bar".

Mariée

Mari sans profession stable (tour à tour : manoeuvre, aide-chauffeur, appariteur des pompes funèbres).

Ethylisme conjugal

Se livre occasionnellement à la prostitution.

A été l'objet de condamnation pour tapages nocturnes, fraude et escroquerie.

Famille ouvrière.

Orpheline à 14 ans : père suicidé par noyade.

Nombreuse famille de 8 enfants

Elle-même n'a pas d'enfant. A collaboré avec les Nazis pendant l'occupation.

C.A.P. de sténo-dactylo.

Toxique : boit depuis 15 ans

- du vin
- des apéritifs
- de la bière

Motifs de l'hospitalisation

- agitation maniaque chez une éthylique invétérée

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

- hypomanie chez une éthylique chronique
- déséquilibre mental

NOMBRE DE CURES

2 cures dans la région de l'Aquitaine vers les années 50
6 séjours dans le service entre 1955 et 1970.

Durée du dernier séjour : 151 jours

Refuse la psychothérapie

Post-cure acceptée mais ne vient pas régulièrement au dispensaire d'hygiène mentale.

Cotation : 5

CAS N° 10

Mme LH née MAR

Née le 17.8.1918

Profession : sans

Mariée

14 grossesses - 11 enfants vivants (nés entre 1935 et 1963)

Mari : de profession instable puis mis en invalidité pour affection cancéreuse (néo de la gorge opéré) lui-même éthylique.

ascendance ouvrière - famille nombreuse

Ecole primaire, classe de fin d'études sans C.E.P.

Ressources : fait le ménage quelquefois.

Ressources du mari : 800 F par mois
Aide sociale + allocations familiales

Habite en H.L.M. : F.5

Toxique : boit du vin et de la bière

Nombreuses hospitalisations - boit depuis 10 ans

Motifs de la dernière hospitalisation

- en état d'ébriété
- a provoqué des disputes et des tapages nocturnes dans le bloc H.L.M.

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

- éthylisme chronique - manifestations maniaco-dépressives
- difficultés socio-familiales.

NOMBRE DE CURES

3 séjours entre 1966 et 1970

Durée du dernier séjour : 20 jours

suivie d'une façon très espacée en post-cure

Cotation : 4

CAS N° 11

Mme TH née RO

née le 3.8.1930

Profession : sans

Mariée

Mari : ouvrier - amputé de la main gauche . Boit, mais avec mesure.

4 enfants nés entre 1950 et 1959.

Etudes primaires sans C.E.P.

Revenu : 1.200 Fr par mois.

Toxique : boit du vin depuis plus de 5 ans.

Motifs de l'hospitalisation

- symtomatologie dépressive
- s'enferme chez elle souvent
- chantage à l'autolyse

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

- éthylisme chronique
- personnalité dépressive
- dépendance vis à vis de la mère

Durée du 1 er séjour : 19 jours

n'est pas suivie en post-cure.

cotation : 3

CAS N° 12

Mme CLI née NIC Odette

née le 20.12.1926

Profession : sans

mariée.

Mari : boulanger - sobre

2 enfants nés en 1958 et 1959

Mariée tardivement à 27 ans - fille unique - hyper protégée par sa mère qui s'est suicidée par noyade.

Pas de C.A.P. - famille d'employés de bureau -

Habite en H.L.M. : F4

Revenu : 1500 - 2.000 F par mois.

Toxique : boit depuis 10 ans, en cachette, parfois avec son propre père du vin rouge.

Motifs de l'hospitalisation lors du 2 ème séjour :

- état de prédélirium
- phobies - Apragmatisme - veut tuer ses enfants -

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

- troubles mentaux de l'éthylisme chronique
- personnalité névrotique
- tendance dépressive
- immaturité - pour des responsabilités maternelles et conjugales.

NOMBRE DE CURES

2 au cours de l'année 1970.

Durée du dernier séjour : 42 jours

Suivie d'une façon irrégulière au dispensaire d'hygiène mentale.

Cotation : 2

CAS N° 13

Madame MOC née TRANKO

née le 5.9.1914

Profession : sans

Mariée

Parents ouvriers.

Mari : ouvrier agricole - lui même éthylique

d'origine polonaise - mal adaptée - famille paysanne - ne sait ni lire ni écrire le Français.

Sans enfants.

Revenu inférieur à 800 Fr par mois - vit dans une dépendance d'une ferme F.3 - confort minimum .

Toxique : boit depuis 10 ans
- du vin rouge
- de la bière

Motifs de l'hospitalisation

- en état d'ivresse aigüe

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

- éthylisme chronique
- personnalité névrotique
- difficultés d'adaptation chez des immigrants polonais

NOMBRE DE CURES

2 au cours de l'année 1970

Durée du dernier séjour : 61 jours

non suivie pour des raisons familiales, pas d'argent pour le voyage au D.H.M.

Cotation : 3

CAS N° 14

Mme REG née HER Ginette

née le 6.3.1927

Parents : Employés de bureau

Profession : sous-gérante d'un magasin à succursales multiples (épicerie)

Sténo-dactylo niveau B.E.P.C.

Mariée

Mari : gérant de commerce.

4 enfants, dont 1 déjà marié.

Mari sobre - n'est pas toujours à la maison.

Aisance matérielle.

Toxique : boit depuis 7 ans de la bière.

Motifs de l'hospitalisation

- admise en état confuso-onirique
- encéphalopathie porto-cave confirmée par les signes cliniques et les examens biologiques.

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

- éthylisme névrotique
- tendance dépressive
- refuse tout entretien à visée psychothérapique pendant son séjour.
- sur l'insistance du mari, accepte plus ou moins passivement le post-cure au dispensaire d'hygiène mentale et la visite à domicile par l'infirmière itinérante - contact très superficiel.

DUREE du SEJOUR : 2 ème séjour : 8 jours

Cotation : 4

CAS N° 15

Mme BERR née GAU Thérèse

Née le 23.6.1927

Profession : sans

Mariée

Mari : électricien-mécanicien - sobre.

A son C.E.P. - QI : 99 au WB

Parents cultivateurs.

4 enfants nés entre 1947 et 1953

Aisance matérielle.

Toxique : boit depuis 10 ans (quelque temps après son hystérectomie totale pour salpingite bilatérale et appendicectomie)

- du vin
- de la bière

Motifs de l'hospitalisation

- Manifestations hystériques
- agitation psycho-motrice

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

- éthylisme névrotique de compensation
- légère débilité mentale
- se sent seule chez elle (deux enfants mariés, deux autres d'âge scolaire).
- tendance dépressive.

Durée du 2 ème séjour : 33 jours

Pas de post-cure

Cotation : 4

CAS N° 16

Mme KES née ELO, Madeleine

née le 8.3.1906

Profession : femme de ménage à la mairie de son village

Mariée

Mari : pontonnier, lui-même éthylique

Parents cultivateurs.

Etudes primaires sans C.E.P.

2 Filles nées en 1946 et 1942

Toxique : boit depuis 15 ans du vin

Motifs de l'hospitalisation :

A demandé elle même son hospitalisation à la suite de scandales publiques provoqués par son intempérance.

- agitation psycho-motrice.

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

- éthylisme chronique
- hypomanie
- éthylisme conjugal
- signes de polynévrite et d'atteinte hépatique.

1 er séjour : durée 18 jours

Post-cure : néant

Cotation : 4

CAS N° 17

Mme LAN née HEN Yvonne

née le 15.5.1903

Veuve

Profession : sans

Etudes primaires sans C.E.P. - famille paysanne

Vit seule - incapable de subvenir à ses besoins élémentaires.

Incapable d'initiative et d'autonomie

Assistance médicale gratuite.

Toxique : boit du vin rouge avec le peu d'argent dont elle peut disposer (retraite - location de ses terres)

boit depuis plus de 20 ans

A deux enfants.

Motifs de l'hospitalisation

- encéphalopathie alcoolique avec désorientation temporo - spatiale et troubles du comportement.
- hallucinations visuelles
- polynévrite.

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

- confusion-démence éthylique

Adressée à l'hospice : le milieu familial ne pouvant pas la prendre en charge.

Durée du séjour : 132 jours

Cotation : 5

CAS N° 18

Mme VIN née RICH Noémie
née le 7 avril 1898

Profession : sans

famille ouvrière
Veuve

Etudes primaires sans C.E.P.

Est en pension à l'hospice de CHAMOUILLEY -ST-DIZIER depuis des années.

A deux fils eux-mêmes éthyliques

Pas de revenu fixe (retraite-pension)
Boit avec ses compagnes - du vin rouge depuis plus de 10 ans.

Motifs de l'hospitalisation

Etat d'ébriété presque permanent avec agitation, cris.

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

- démence sénile
- troubles mentaux chez une éthylique chronique
- agitation psycho - motrice.

1 er séjour : durée de 310 jours

Post-cure : vue régulièrement à l'hospice

Cotation : 5

ASPECTS SOMATIQUES

DE L'ALCOOLISME FEMININ

Dans la mesure où ces femmes ont dû être admises en service de psychiatrie, deux notions essentielles sont à retenir d'emblée.

1°) Ces femmes sont alcooliques dans toute l'acceptation médicale, clinique du terme.

2°) Les implications socio-familiales de leur éthylisme ont atteint une acuité telle que toute autre solution qu'un séjour en milieu psychiatrique n'a pu être envisagée.

On constate chez ces malades des différends familiaux, des incidents professionnels ou des scandales publics dûs à des épisodes alcooliques indubitables connus plus ou moins de tout l'entourage.

L'allure clinique de l'alcoolique (de l'homme, le plus souvent il est vrai), a été magistralement décrite par les grands cliniciens du XIXe siècle et du début du XXe (TRIBOULET - MATHIEU et MIGNOT) et plus près de nous, A.CELLIER dans une livraison de "Pratique médico chirurgicale" d'avant-guerre donnait la description clinique suivante :

" Certains symptômes physiques permettent de dépister l'alcoolique chronique : en première ligne, le tremblement de la main et surtout des doigts qui s'exagère dans la position du serment . Les lèvres sont animées ainsi que les muscles péri-buccaux et la nuque, d'une fine trémulation... La langue est souvent saburrale, le teint et les yeux subictériques".

Il nous paraît cependant plus commode pour évaluer le degré de détérioration chez nos malades hospitalisées, de nous servir de la grille côtée de P.L. Le GO

Cette méthode basée sur une expérience journalière de la pratique courante (Le G.O.), au cours de plusieurs années d'observations et codifiée par Le GO avec précision, permettant,sans risque de passer à côté, de rechercher, de "pointer", systématiquement les signes cliniques de l'éthylisme frustre, au début, et d'établir, aussi bien, un bilan rationnel des cas chroniques.

Il nous paraît regrettable, que la méthode de Le GO ne soit pas aussi répandue et utilisée autant qu'elle mérite. Peut être qu'il y a certains détails à "reconsidérer", mais dans l'ensemble, c'est une méthode qui a fait valablement sa preuve.

LA METHODE de CLASSIFICATION DES IMPREGNATIONS ETHYLIQUES DITE DE LA GRILLE COTEE DE P.M. LE GO

(Ann. Hyg. L. FR - MED et NUT. 1969-T.5 n°2)

A - GENERALITES :

Cette méthode consiste en la recherche de :

- 3 signes d'aspect :
  - Du visage,
  - Des conjonctives,
  - De la langue.
- 3 signes de tremblement :
  - De la bouche,
  - de la langue
  - Des extrémités.

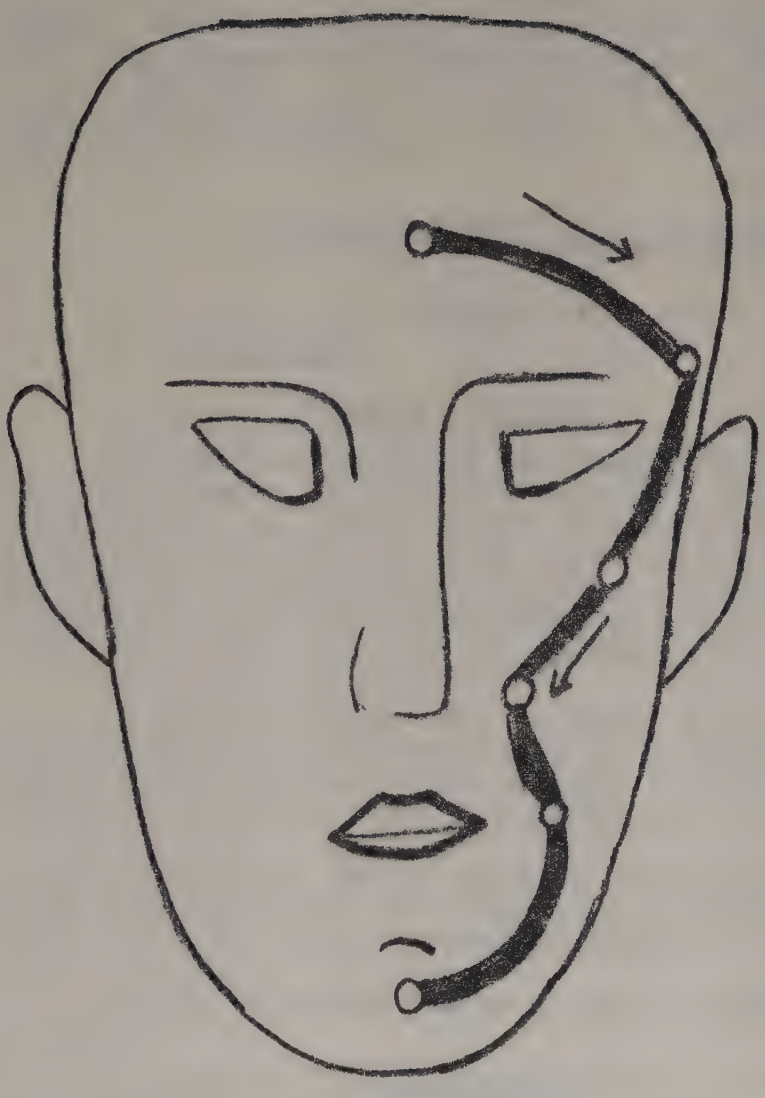
Il y a lieu d'y ajouter, en restant aussi succint et complet que possible :

- La notation des troubles subjectifs nerveux,
  des troubles moteurs,
  des troubles digestifs surtout le foie
- La notation du poids,
  de la T.A.

Le choix des signes, selon LE GO et ce choix nous paraît, en pratique, très judicieux, est guidé par un certain nombre de critères de fidélité et de commodité pratique, de telle façon que l'ensemble répond aux nécessités d'un examen clinique simple sans appareillage extraordinaire, rapide et sûr.

B - DE LA COTATION DE SIGNES :

Au lieu de donner à chacun des signes d'aspect ou de tremblement un qualificatif conventionnel de type faible, fort, normal, médiocre, bon, léger ou accusé, LE GO a trouvé plus avantageux d'instaurer, une cotation numérique, allant de 0 à 5 ; à la manière de la cotation de la force musculaire des épreuves du testing musculaire en usage dans l'examen clinique des infirmes moteurs.



PARTIE D'OBSERVATION DU VISAGE

(à suivre sur les deux hémifaces)

(ANN. HYG. L.FR. - XIe et MUT. 1960 - T.5. n° 2 page 34)

Ajoutons que cette cotation de 0 à 5, qui, depuis a fait fortune sous une forme alphabétique dans les modes d'appréciation de la valeur des épreuves scolaires, présente beaucoup d'avantages entre autres :

- son laconisme précis, univoque,

- La possibilité de comparer l'importance relative des signes ou d'un groupe de signes dans un bilan général. Car, s'il est impossible d'additionner des adjectifs, par contre, il est pratique, facile, de totaliser les chiffres de chacun des signes cardinaux, d'en tirer des éléments d'appréciations globale et comparative.

C -ETABLISSEMENT DE LA GRILLE

1°) - Les signes d'aspect

A - LE VISAGE

Méthode d'examen :

L'aspect particulier du visage est un signe majeur de l'éthylisme. La tête de "poivrot" est pour les praticiens un signe qui ne trompe guère et constitue la base du diagnostic " à vue " ; mais quelquefois, cet aspect mérite une analyse plus détaillée . Quelques erreurs, fâcheuses, non moins courantes, peuvent être commises chez les sujets exposés aux intempéries, etc...

La méthode analytique consiste à rechercher selon un circuit toujours identique, la disparition d'éléments normaux auxquels se substitue une teinte de fond particulière sur laquelle sont des éléments surajoutés.

1°) Il faut suivre un plan défini une fois pour toutes, pour l'exploitation du visage, un circuit toujours le même, comme il a été à la figure précédente.

2°) On recherche trois signes le long de ce projet exploré :

a) D'abord, la disparition de la fraîcheur normale de la peau en certaines zones.

b) Puis l'apparition dans la zône où la peau fraîche a disparu, d'une coloration diffuse, jaune, grise ou rouge, plus ou moins marquée.

c) Enfin, on relève en ces zones l'existence d'éléments surajoutés , d'origines diverses et certaines transformations locales des téguments (épaississements, infiltrations, oedèmes) .

B - LES CONJONCTIVES -

Méthode d'examen :

L'examen des conjonctives s'effectue selon un plan analogue à celui utilisé pour le visage :

1°) Le parcours d'observation part du pourtour de l'iris et se dirige excentriquement vers les angles internes et externes puis vers la partie inférieure de la conjonctive, dégagée par le regard supérieur et l'abaissement de la paupière inférieure.

2°) Trois recherches sont faites successivement :

a) la disparition éventuelle en totalité ou en partie du brillant nacré normal.

b) On constate l'apparition à sa place d'une teinte de fond jaune, gris terne ou anormalement brillante.

c) les éléments surajoutés :

- stries vasculaires ;
- suffusions sanguines ;
- Tâches de forme et de dimensions variables.

La paupière peut présenter également un épaississement, un oedème marqué, un état fripé, un rétrécissement de la fente palpébrale.

C - LANGUE

Méthodes d'examen :

Nous distinguons dans la langue, l'examen de la surface et des bords.

L'examen se fera en trois temps :

a) Recherche éventuelle de la disparition de l'humidité normale de la langue.

b) Recherche de l'apparition d'une sécheresse plus ou moins accentuée,

D'une teinte plus ou moins normale sur une étendue variable,

c) Recherche d'éléments surajoutés parmi lesquels, noter surtout :

- Enduits de teintes diverses : blancs ou jaunâtres,
- Zones dépapillées,
- Eléments vasculaires (angiome, hématome) ,

D - COTATION DES SIGNES D' ASPECTS :

On convient des données approximatives suivantes pour la cotation des signes d'aspect :

- Disparition d'éléments normaux : 1 point
- Modification de teinte de fond : 1 à 2 points
- Présence d'éléments surajoutés : 1 à 2 points.

2°) Signes de tremblements :

A - DESCRIPTION :

Le tremblement est un des meilleurs signes de l'intoxication éthylique.

De nombreuses descriptions en ont précisé les caractéristiques.

- ACHARD : " le tremblement se produit à l'occasion de mouvements voulus, cesse au repos, s'accentue quand il s'agit de maintenir un équilibre, un effort (les mains étendues en avant). Il frappe les extrémités et non les segments intermédiaires des membres (tremblements limités aux doigts) . Les oscillations en sont petites et de moyenne fréquence. Il y en a 6 ou 7 à la seconde . "

- Le signe de QUINQUAUD : " Les doigts de l'alcoolique tendus écartés étant appliqués avec force, perpendiculairement par leurs extrémités, contre la paume de la main de l'observateur, celui ci au bout de 3 à 4 secondes, reçoit une succession de chocs provenant de la main du malade."

- TRIBOULET, MATHIEU, sont plus précis encore : "Le tremblement existe aussi au niveau de la langue, il s'ensuit un certain embarras de la parole et un peu de bégaiement ".

... Aux lèvres et à la face, on observe aussi de petites secousses fibrillaires. Dès que le malade veut parler, le tremblement se manifeste sous la forme de fines trémulations qui passent de l'aile du nez, sur le sillon naso-génien et irradient vers les lèvres. Ces secousses sont d'ordinaires si caractéristiques que le buveur est trahi, même à distance, il suffit de le voir parler ou rire pour faire le diagnostic de ses habitudes ".

..." Très prononcé à jeun, le tremblement s'atténue avec l'ingestion de la dose habituelle d'alcool ".

- Pour l'examen du tremblement de la langue ; on fera tirer la langue, sans excès mais en évitant si possible, qu'elle ne repose sur l'arcade dentaire inférieure. On peut observer des fibrillations légères, des reptations, des mouvements de va - et vient,etc...

On a intérêt à procèder à ces examens, le malade ayant les yeux fermés. On pourra constater alors, dans certains cas, un tremblement des paupières caractéristiques.

- Quant aux tremblements des extrémités, il y a lieu de compléter la description ci-dessus en notant l'existence de mouvements de prono-supination et aussi des balancements du membre supérieur en entier. On les recherche l'avant-bras en demi-flexion, les paumes des mains tournées vers le sol, doigts écartés, sans excès.

- Il est également utile de rappeler que, parfois, en pratique courante, il y a possibilité d'une discordance apparente des signes d'aspect et de tremblements ; le sujet ayant alors, pris sa dose d'équilibre, présente des tremblements minimes ou nuls. On fait la preuve de cette ingestion récente d'alcool par l'alcootest.

Sous cette dernière réserve, le tremblement paraît donc comme l'un des meilleurs signes de la détérioration éthylique. Parfois, discret, souvent plus net à la suite de certaines manoeuvres cliniques, le tremblement peut revêtir une importance considérable provoquant des mouvements saccadés de la tête, des secousses des membres perceptibles dès que l'on approche le sujet ou dès qu'on lui serre la main .

B - COTATION DES SIGNES DE TREMBLEMENTS

Schématiquement, on note :

- de 0 à 1 : Un tremblement discret
- de 2 à 3 : Un tremblement étendu et fort
- de 4 à 5 : Un très fort tremblement.

3°) Examen du foie

L'examen clinique du foie, portera sur :

-son volume

-et sa consistance.

Le volume du foie sera apprécié par la palpation et la percussion.

LE GO conseille de percuter le foie sur la ligne mamelonnaire et de mesurer l'organe en travers du doigt. Un travers de doigt correspond environ à deux centimètres.

Sur la ligne sternale : on palpera le lobe gauche.

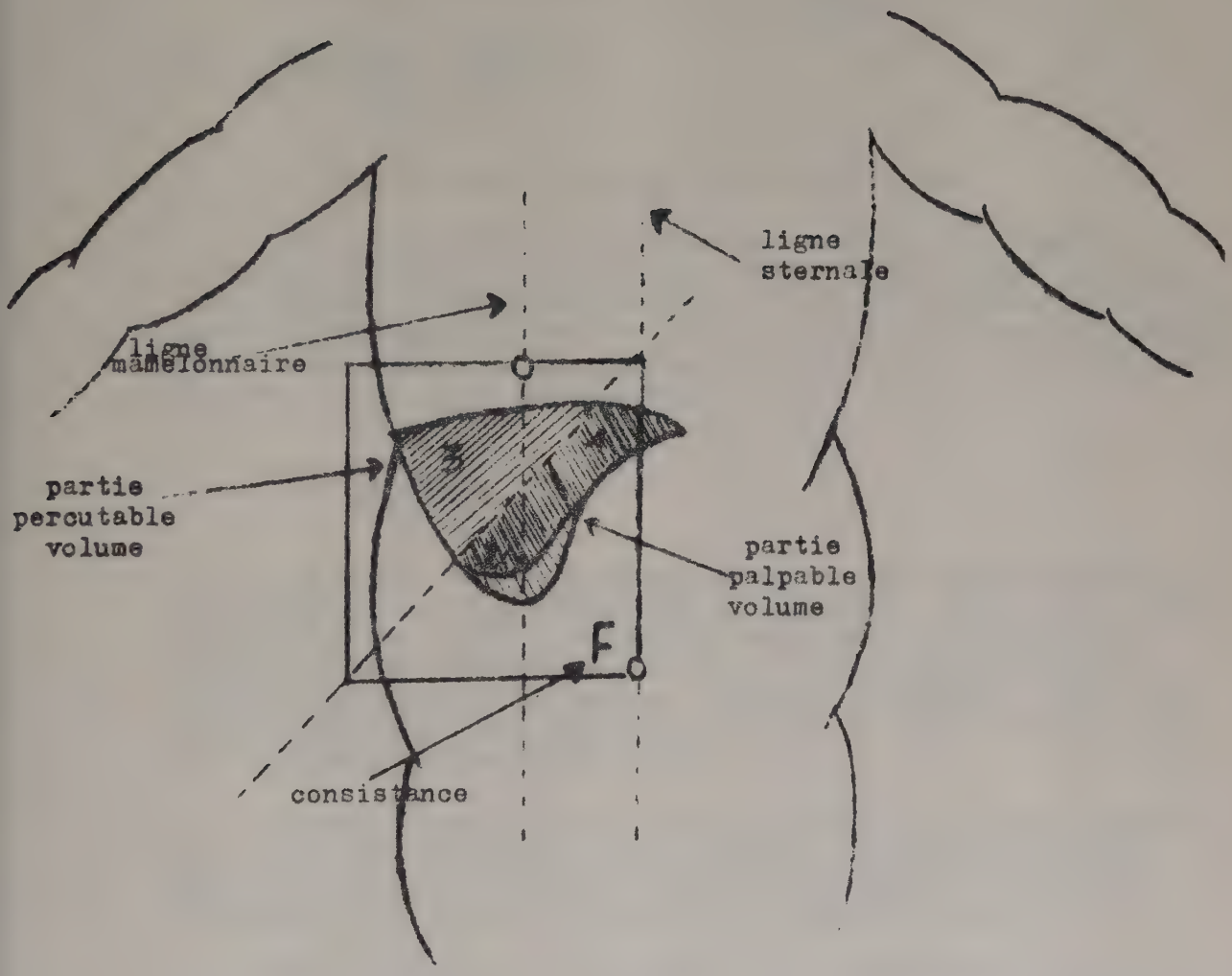
Résultats : (voir figure correspondante)

" La case foie " de la grille est divisée en deux triangles par une ligne transversale dirigée de bas en haut et de gauche à droite pour représenter le rebord costal.

Cette ligne symbolique est divisée également par la ligne mamelonnaire, le bord droit de la case représente la ligne sternale.

MODE D'OBSERVATION DU VOLUME

CONSISTANCE DU FOIE



(ANN. HYG. L.FR. - MED et NUTR. 1969 - T.5. n° 2 p. 38)

Les notations mamelonnaires sont donc portées au dessus de la ligne et au dessous, et les données sur le lobe gauche, sur le bord droit de la case.

EXEMPLE :

Un foie ferme, percuté sur trois travers de doigt, avec un bord à deux travers de doigt sur la ligne mamelonnaire et palpé sur un travers de doigt au niveau de la ligne sternale sera représenté aisément.

Pour plus de précisions, on indiquera par :

N : Foie normal
F : Foie ferme
D : Foie dur.

La consistance trouvée à la palpation.

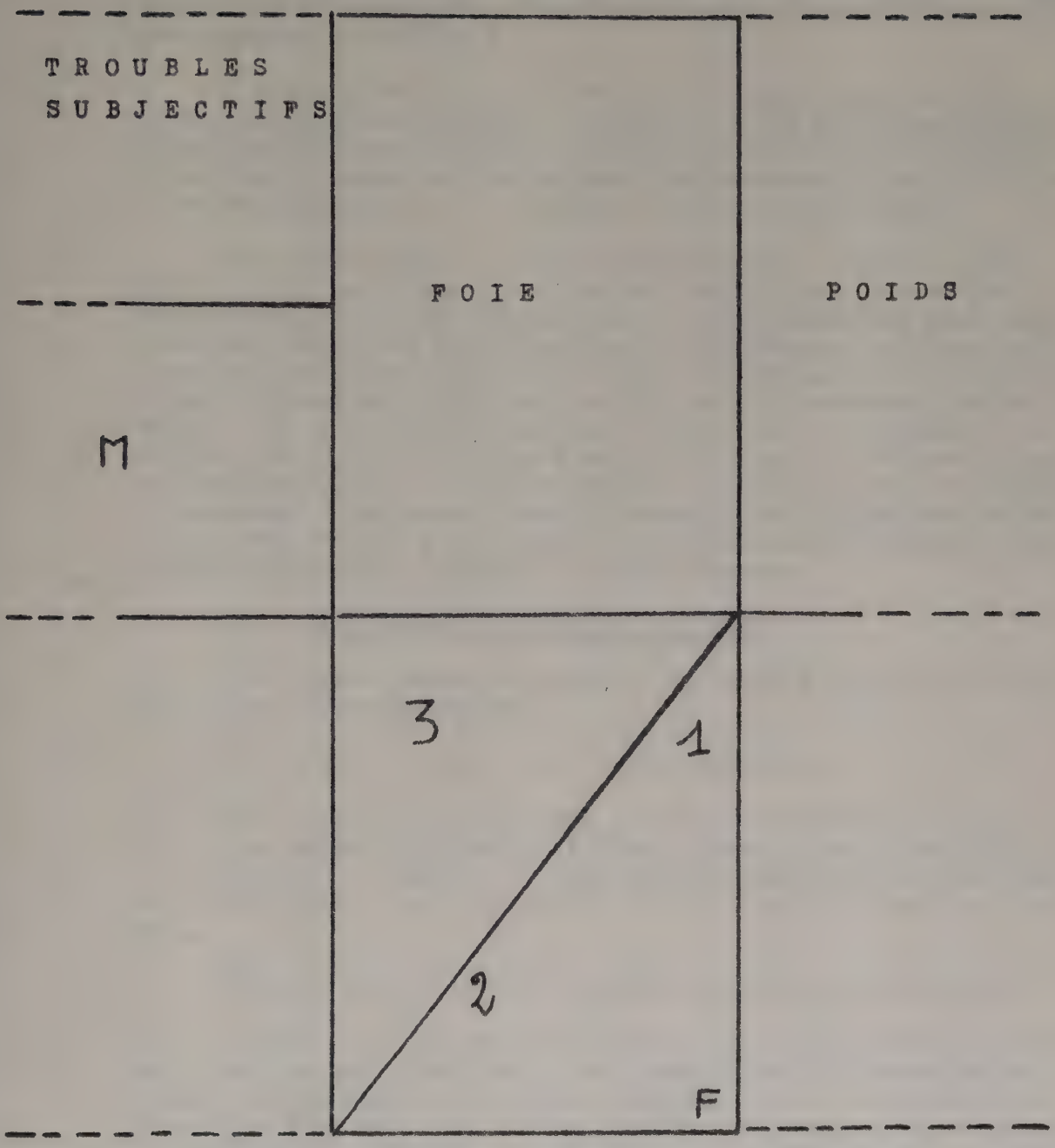
N.B. - Le lobe droit du foie est le plus sujet à variations. Souvent le lobe G semble plus ferme parce que protégé par les grands droits. Il n'est apprécié cliniquement qu'un peu plus tard. C'est sans doute aussi la raison pour laquelle le lobe gauche semble le plus stable dans son volume et le plus définitif.

4°) Le poids

Le poids est un élément d'appréciations important en lui-même et surtout dans ses variations. Ainsi, le poids comparé à la taille, permet d'attirer l'attention sur "sa pléthore" ou sa "dénutrition" . Les variations du poids, en plus ou en moins, suivent en général les modifications alimentaires qu'on essaie de faire adopter par le malade régulièrement suivi.

Ainsi, la pratique permet de constater que le malade qui suit correctement "son régime" maigrit, au début, par perte de liquide et de graisses, puis, l'appétit revenant peu à peu, le sujet reprend du poids.

Il est rare de constater une stabilité du poids si le malade se conforme aux règles alimentaires nouvelles ; ainsi un poids stable ou variant peu, laisse suspecter une mauvaise compréhension ou une application défectueuse du régime présent.



NOTATION SUR LA GRILLE DU VOLUME ET DE LA CONSISTANCE DU FOIE

Exemple d'un foie ferme (F) palpable à un travers de doigt
Sur la ligne sternale (1) de deux travers de doigt; sur la
Ligne mamelonnaire (2) percutable à trois travers de doigt (3)

(ANN. HYG. F.FR - MED. ET NUT - 1969 - T.5.
N° 2 p. 39)

5°) Tension Artérielle :

Les variations de la tension artérielle sont un des éléments capitaux à la fois du diagnostic et de la surveillance des alcooliques chroniques selon (Guerard des LAURIERS) qui commente ensuite :

" Nous n'avons pas d'exemples, parmi tous nos cas d'éthyliques, de tension artérielle à 23 ou 24 de maxima, même chez l'homme de la cinquantaine et évoluant depuis plusieurs années qui ne soient pas revenus à des chiffres paranormaux en cas de sevrage, absolu et certain. "

Le maxima semble autant touché que le minima sans qu'il y ait pourtant des lésions organiques nouvelles. Toutefois, tous les alcooliques, même parmi les plus importants ne sont pas hypertendus. Il s'avère en effet que la tension peut-être normale ou même en baisse soit au début d'une toximanie chronique, soit, le plus souvent, quand il existe une atteinte hépatique sévère. Il est apparu, en effet, que dans la plupart des cas, plus l'atteinte hépatique est sévère et plus elle progresse, plus la tension artérielle a tendance à baisser; parallélement d'ailleurs,ces sujets ne se présentent plus comme des neurotoniques, mais comme des sujets ralentis, fatigués et apathiques.

6°) - La transpiration et la soif :

Ces signes peuvent prendre un aspect important dès le début de l'intoxication .

En ce qui concerne la transpiration :

Tout sujet parfaitement sevré ne transpire pas au repos. Il a les mains absolument sèches. Tout alcoolique par contre, en équilibre, toxique ou non, à les mains moites surtout s'il se trouve dans uns situation où son émotivité peut s'accroitre.

GUERARD des LAURIERS, ajoute à ces constatations :

" Chez les grands intoxiqués, la transpiration nocturne est pratiquement constante et abondante et s'accompagne d'une odeur particulièrement aigrelette de la chambre au réveil; là encore, la transpiration correspond au sevrage, imposé par le sommeil. Il ne faut pas oublier que la transpiration est l'un des premiers signes du délirium trémens et qu'elle entraîne une intense déshydradation."

Chez les buveurs qui se présentent temporairement sevrés et donc en état de prédélirium, que ce soit en hiver ou en plein été, la main est mouillée et glacée. C'est ce que nous avons appelé la main " glaçon fondant ". Par contre, chez les sujets à peu près en équilibre, la main peut-être mouillée, mais elle est tiède.

A l'examen du visage, on peut noter au menton et à la lèvre supérieure des perles de sueur chez les malades émotifs déjà plus ou moins intoxiqués depuis plusieurs années.

Enfin, la soif peut-être un des signes, négligé parfois, mais important de l'éthylisme. Il n'est pas besoin de s'étendre longuement ici sur son mécanisme physio-pathologique qui paraît aisément explicable dans le métabolisme de l'alcool dans l'organisme humain. Au point de vue clinique, sa forme minime est ce que l'on appelle plus concrétement "la gueule de bois".

La méthode de la grille cotée, nous a permis de suivre, de comparer, les détériorations ou les améliorations chez les malades durant leur séjour au service ou après leur sortie de l'Hôpital, en post-cure, dans les dispensaires d'hygiène mentale dans le cadre de la sectorisation.

Nous nous permettons de nous être un peu étendu sur les détails de la méthode de LE GO dans le processus d'étude épidémiologique de l'alcoolisme, mais nous pensons que cette méthode n'est pas assez exploitée dans les différentes enquêtes faites jusqu'ici. Elle permettrait peut-être une meilleure approche du problème "alcoolisme" et d'établir " ce bilan préalable indispensable pour prévoir l'envergure des opérations ultérieures" dont a fait état la lettre du Conseil Départemental de l'ordre des médecins de la Haute-Marne, lettre citée au début de notre présent travail.

LES RETENTISSEMENTS SOMATIQUES DE L'ALCOOLISME

BILAN HEPATIQUE :

En ce qui concerne l'impact hépatique, les examens systématiquement recherchés, aboutissent à des résultats à peu près identiques à ceux rencontrés chez les hommes (altération des tests de floculations, élévation du cholestérol total, baisse du rapport cholestérol $\frac{E}{T}$

Nous avons noté sur les 18 malades :

- Deux cas de cirrhose dont une avec ascite prononcée.
- ANEMIE .

- La moitié des malades ont une anémie avec les G.R. égaux ou inférieurs à 4.000.000 ; on peut invoquer une raison d'ordre hématopoïétique et aussi probablement une malnutrition, souvent rencontrée chez ces malades. En résumé, un portrait-robot peut-être esquissé comme suit :

" Il s'agit d'une femme de 40 ans, faciès vultueux, ou plombé, varicosité des pommettes ; conjonctives subictériques lévres pâles ou cyanosées ; langue saburrale ; tremblements des extrémités ; démarche mal assurée ; paroles peu intelligibles.

- Foie plus ou moins atteint ; muscles des membres inférieurs surtout, plus ou moins atrophiés, douloureux à la pression ; crampes assez fréquentes.

Depuis quelques années, elle a perdu l'appétit ou est devenue "grosse mangeuse" ; elle est alors pléthorique, de "constitution" difforme de par son obésité, ressentie pl plus que jamais par elle-même comme"pathologique."

Elle s'occupe mal de son ménage ; son sommeil est perturbé avec parfois des cauchemars ; elle somnole dans la journée.

Il est très important de constater que sur les 18 femmes admises en 1970 pour la première ou la nème fois au service, 16 l'ont été dans des circonstances disons aigûes.

- Ebriété : 6 cas
- Agitation psycho-motrice : 5 cas
- Accès confuso-onirique : 5 cas.

L' ETAT GENERAL :

- quatre seulement ont un état général inquiétant,
- 2 préséniles, épuisées et par l'âge et par l'alcool,
- 2 relativement jeunes, mais mal nourries, très amaigries,
- 2 obéses dont une ascitique ; les autres se portent au premier regard, relativement bien.

Signalons que deux de ces femmes fument d'habitude plus d'un paquet de cigarettes par jour.

DE LA VITESSE DE SEDIMENTATION :

Pour des raisons de restriction budgétaire, il ne nous a pas été toujours possible de pousser assez loin les investigations biologiques (électrophorèses ionogrammes - lipidémie, etc...) Néanmoins, parmi celles que nous avons pu faire presque systématiquement, nous pouvons relever la vitesse de sédimentation.

Sur les 16 examens faits le lendemain de l'admission, on a relevé :

3 dont la V.S. de la première heure est inférieur à 10

7 " " " " " " " " comprise entre 10 et 20

6 " " " " " " " " supérieure à 20

Pour la deuxième heure de la V.S.

2 sont inférieures à 20

14 sont compriscs entre 22 et 66

Il y a donc une augmentation constante de la V.S. chez ces éthyliques. Ce fait a été signalé dans un article de la " Semaine des Hop. de Paris"du 20 Mai 1971.

ASSOCIATION OU NON AVEC UNE NEOFORMATION OU D'AUTRES MALADIES

- Il n'y a pas de localisations cancéreuses décelées au cours de cette période chez ces femmes.

- 16 d'entre elles présentent des varices assez importantes (aux membres inférieurs ou des circulations collatérales aux parois abdominales).

- 7 ont une tension artérielle à maxima supérieure à 16 et ont nécessité un traitement hypotenseur.

SIGNES NEUROLOGIQUES :

- Presque toutes ces 18 femmes présentent une atteinte polynévritique classique plus ou moins prononcée, des membres inférieurs.

- Une présente un steppage presque irréversible.

CARDINAUX	ASPECT			TREMBLEMENT		
	V	C	L	B	L	E
	TROUBLES SUBJECTIFS					
	N	D	M	FOIE	POIDS	TENSION ARTERIELLE

GRILLE DE LE GO

V : Visage
N : Nerveux
C : Conjonctives
D : Digestif
L : Langue
M : Membres

B : Bouche
L : Langue
E : Extrémités

ASPECTS PSYCHO - PATHOLOGIQUES

Les circonstances des Admissions

Sur les 18 hospitalisations dont nous nous occupons ici, il n'y a pas une qui soit volontaire : il est connu que la femme éthylique, n'admet que rarement son état, et qu'elle accepte difficilement de se faire désintoxiquer en général et d'être soignée " chez les fous " en particulier.

J.M.EUMONT dans sa thèse (Nancy 1970) le souligne justement en citant Michel FONTAN. Il faut aller les chercher là ou elles se terrent, dans leur cuisine, sur le zinc, ou dans leur microcosme ".

Quels sont pour nos malades les motifs d'admission ?

1°) - En état d'ébriété : 6

2°) - Agitation psycho-motrice : 5
(crises excito-motrices, disputes familiales)

3°) - Accès confuso-oniriques délirium - : 5

4°) - Etat dépressif 2
Tentative d'autolyse :

5°) - Actes médico-légaux :
(à la demande du Juge....
Placement d'offices) : 0

Nous constatons que le tiers des femmes ont été admises dans un état d'ébriété. Ces femmes, après avoir caché ou pu cacher longtemps leur vice, en arrivent à ne plus être tolérées de leur famille une fois leur éthylisme découvert. Par la suite, ces femmes ne cherchent plus à se cacher... Contrairement aux hommes qui semblent "goûter" leurs boissons, les femmes, elles, en buvant, chercheraient plutôt une alcoolisation rapide, un effet de masse, elle prend des alcools forts, en quantité relativement importante : car l'essentiel serait non pas de jouir du plaisir de boire, mais d'être en état d'ivresse.

Aucune de ces femmes n'a été admise pour des motifs médico-légaux ayant nécessité l'intervention du Commissaire ou du Juge, contrairement à ce qui se passe en général chez les hommes.

Après observations en milieu psychiatrique, les diagnostics, ont été les suivants :

NEVROSES	: 3
PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVES	: 5
ETAT DEPRESSIF	: 4
PERSONNALITE PSYCHOPATHIQUE	: 1
COMITIALITE	: 1
PSYCHOSE PARANOIAQUE	: 1
PSYCHOSE DELIRANTE	: 1
DEMENCE SENILE ARTERIOPATHIQUE	: 2

TROUBLES DU COMPORTEMENT

Ces troubles sont très fréquents.

La démission du rôle de mère et d'épouse est presque constante . La malade s'en remet à la belle-mère (alors toujours "captative" et voulant régenter le ménage du fils) ou à la fille aînée pour diriger le ménage. La malade s'en plaint à nous, mais semble se complaire à cette situation dépendante, sécurisante pour elle, car elle n'assure guère plus de responsabilité dans les affaires de famille. Nous avons constaté très peu de cas de violences vis-à-vis des enfants.

CAS DE PSYCHOSE PARANOIAQUE

Un seul cas caractérisé. Elle refuse tout contact prétextant que "les folles" du pavillon ne sont pas de "son milieu" (elle veut dire : inférieur au sien). Elle repousse les tentatives d'entretien avec l'interne et le psychologue les trouvant "trop jeunes" et partant "présomptueux" pour essayer de comprendre "son cas".

CAS DE PERSONNALITE PSYCHO-PATHIQUE

Un cas typique - Réf. Observation n° 7 -

Instabilité professionnelle.

Se livre épisodiquement à la prostitution, vit en concubinage.

A dû être ré-admise, de nombreuses fois,à la suite d'ivresse publique avec attentat répété à la pudeur.

PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVE

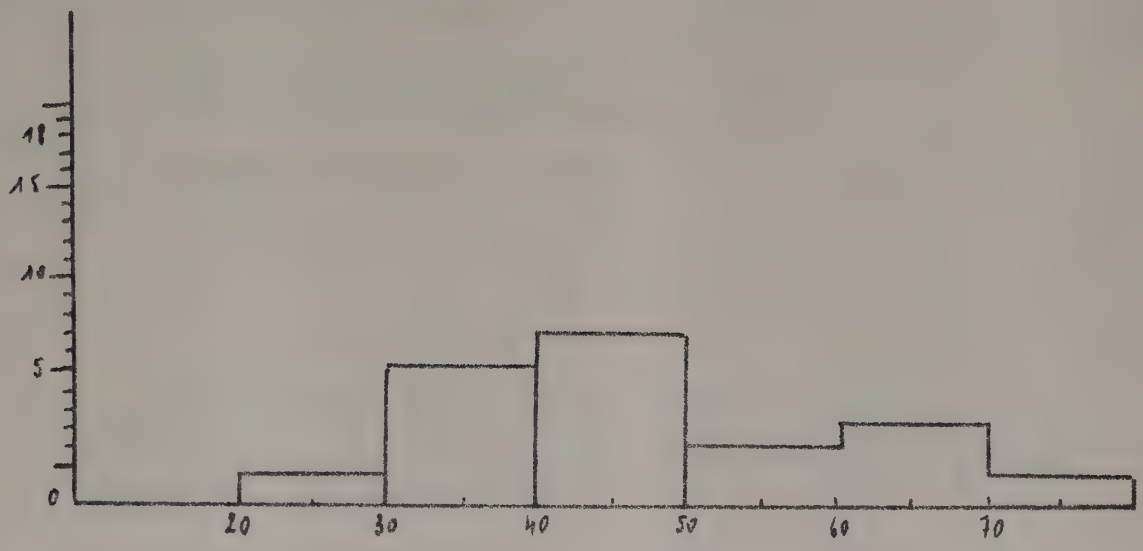
Cinq malades ont pu être rangées dans la catégorie de P.M.D.

Elles sont admises "en phase maniaque" pour quatre cas, et une en phase de mélancolie.

La fréquence de la P.M.D. chez les alcooliques a été relevée dans plusieurs travaux EUMONT dans sa thèse note la réflexion suivante : Si l'alcoolisation peut accompagner un accès maniaque ou mélancolique, elle peut aussi se substituer entièrement à l'une des deux phases de la psychose".

QUELQUES DONNEES SOCIOLOGIQUES DE L'ALCOOLISME FEMININ

AGE A L'ADMISSION



Les âges des femmes éthyliques sont compris entre 26 ans et 72 ans. L'éventail est assez long, la moyenne d'âge est de 47 ans environ

Cette moyenne semble très élevée, beaucoup plus élevée par rapport à celle des hommes (entre 35 et 45 ans) Cet aspect est trompeur car il ne faut pas perdre de vue cette particularité première et capitale de l'alcoolisme féminin; l'obligation de se cacher... Et quand le penchant devient notoire, il y a belle lurette que notre femme s'est adonnée aux boissons.

A ce sujet, FOUQUET et HAAS, notent avec raison, à notre avis, le fait suivant :

" Les femmes arrivent cependant plus rapidement à la nécessité de soins. Dans l'enquête de Solare, 33 femmes sur 50 sont soignées après seulement 5 ans d'intoxication, alors que seuls, 12 hommes, sur 50 également, sont dans cette même situation. La majorité d'entre eux n'ont besoin de soins qu'après 10 ans d'imprégnation, et beaucoup après 20 ans.

Conclusion : Les femmes " encaissent " moins l'intoxication alcoolique, toutes proportions gardées.

De toute façon, ces données de moyenne d'âge d'admission ne pourraient être que des artéfacts de l'hospitalisation.

.../...

NIVEAU D'INSTRUCTION

Etudes supérieures	: 0
Baccalauréat	: 0
B.E.P.C. - C.A.P.	: 4
C.E.P.	: 1
Primaires sans C.E.P.	:11
Ne savent ni lire ni écrire	: 2

Débilité mentale notoire

Q.I.

entre 70 - 100	: 3
60 - 80	: 1
inférieur à 60	: 0

L'écrasante majorité des femmes éthyliques ici considérées sont des " primaires " sans C.E.P. 11 sur 18. 4 sont du niveau du B.E.P.C. ou d'un C.A.P. - 2 sont totalement illétrées.

Quatre ont présenté des signes cliniques notoires de débilité et dans la mesure où ces tests isolés peuvent avoir une certaine signification, nous avons pratiqué chez elles un étalonnage du Q.I. au WESCHLER-BELLEVUE.

Le niveau d'instruction est un élément qui paraît avoir une certaine importance dans la génèse de l'alcoolisme féminin en particulier. Bien sûr, il ne vient pas à notre idée de dire, ni d'insinuer le fait que l'universitaire est beaucoup plus à l'abri de l'alcoolisme que le primaire à peine illétré. Non... loin de là ! mais au moins, un minimum d'instruction, un certain niveau de compréhension globale des choses, favoriseraient mieux le contact que l'éthylique est appelé à entretenir avec son médecin, au cours de son séjour hospitalier et surtout au cours de la post-cure . Certes, les résultats n'en seront pas toujours meilleurs ni pires, mais au moins " le dialogue " permet dans la plupart des cas, de poser des jalons quand on à en face de soi quelqu'un qui puisse verbaliser ce qu'il ressent.

P R O F E S S I O N

CADRES SUPERIEURS	:	0
EMPLOYES de BUREAU	:	2
OUVRIERES	:	2
CULTIVATRICES	:	0
DIVERSES	:	2
SANS PROFESSION	:	12

Au vu de leur niveau d'instruction, il est évident que l'écrasante majorité de ces malades ne peuvent exercer aucune profession.

12 sur 18 sont déclarées n'avoir jamais travaillé hors de leur foyer : soit parce que les charges de leur ménage ne leur permettent pas, soit qu'elles ne peuvent exercer aucun métier.

ETAT MATRIMONIAL

MARIEES	:	15
VEUVES	:	2
DIVORCEES SEPAREES	:	0
CELIBATAIRES	:	0
CONCUBINAGE NOTOIRE	:	1

15 de nos malades sont mariées

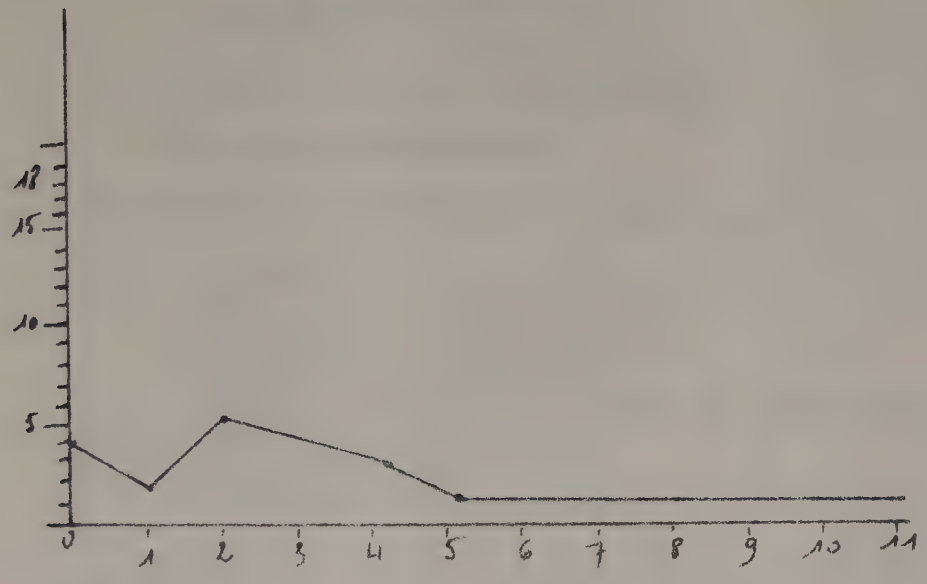
2 sont veuves

1 après plusieurs divorces, est actuellement en concubinage notoire.

Un fait se dégage de ce résumé : aucune célibataire dans le lot.

Une écrasante majorité est mariée : 15/18 - Ces ménages ne doivent pas vivre toujours dans une ambiance modèle, mais toujours est-il que la femme "éthylique" semble sinon "supportée", du moins "tolérée", mais assez rarement "rejetée" par le milieu familial.

ENFANTS à CHARGE



Les 18 femmes ont globalement toutes de enfants, soit une moyenne, par famille de 3,1 enfants.

Par ce diagramme, nous pouvons constater que les femmes éthyliques ne sont pas plus prolifiques que la moyenne des autres femmes, puisque 11 de nos malades ont deux enfants au moins.

Cette remarque coïncide avec celle d'EUMONT dans sa thèse et à la critique de J. LEREBOULLET, que la notion classique de la plus grande fréquence de l'alcoolisme dans les familles nombreuses, est à reviser et justement en ce qui concerne l'alcoolisme féminin.

Plusieurs auteurs ont invoqué pour cela diverses raisons : une relative fréquence des avortements spontanés ou provoqués des maladies de l'appareil génital (métrites, salpingites) et une probable diminution de la fécondité par déséquilibres hormonaux liés à l'intoxication éthylique.

.../...

PROFESSION DU MARI ET CONCUBIN

Nous avons dans le lot :

- 2 veuves,
- 16 mariées ou en concubinage,
- Pas de célibataires.

Que font donc les"maris" de ces dames ?

- Ouvriers : 6
- Agriculteur (propriétaire) : 1
- Boulanger (à son compte) : 1
- Conducteur d'automobile : 1
- Maris invalides (blessés de guerre ou civils en longue maladie) : 3
- Cadres Moyens : 3
- Sans profession stable : 1

Dans la plupart des cas, le niveau d'instruction du mari est à peine supérieur à celui de la femme. Les époux proviennent en général d'un même milieu social.

NIVEAU DE VIE - LOGEMENT et REVENUS

Il n'est pas facile d'avoir des renseignements précis pour apprécier les critères du niveau de vie de nos malades ; les faits et les chiffres sont parcellaires, difficiles à contrôler.

Deux points sont constants et semblent être des éléments stables, auxquels on pourrait raisonnablement se référer .

- lelogement,
- le confort.

Paradoxalement, 8 femmes ont un logement qu'elles trouvent convenable. L'assistante sociale le confirme.

- 6 ne sont pas contentes,
- 4 sont dans un hospice, ou dans un appartement au dessous des normes,
- 10 ont la cuisinière et le frigidaire, la T.V. Il semblerait donc, à première vue, que le logement et le confort, ne sont pas les facteurs déterminants dans la génése de l'alcoolisme.

Le bas niveau de vie (salaire logement - confort de l'habitat), a été toujours évoqué comme un facteur favorisant l'alcoolisme, surtout chez la femme appelée à rester " au foyer " presque 24 heures sur 24 Heures.

Les pourfendeurs de la Société capitaliste l'ont décrié depuis des années ; société ou le profit à tout prix, prime sur le bien-être élémentaire du prolétariat . F. ENGELS l'a si bien décrit dans son ouvrage " La situation des classes laborieuses en Angleterre ".

Nous nous souvenons tous du célèbre slogan : le taudis, c'est l'alcoolisme. En effet, le début de l'époque de la manufacture, de l'industrialisation a vu surgir dans les banlieues de Paris et de Lyon, par exemple, des bidonvilles où les prolétaires sont la proie désignée de l'alcoolisme.

On peut également rappeler la thèse des psychiatres marxistes qui attachent à la structure de la société une importance décisive à cet égard. Dans une société socialiste, apportant à l'homme la dignité et le bonheur, l'alcoolisme devrait être délibérément envisagé comme anachronique et devrait disparaître de lui-même (Docteur FOUQUET " Santé de l'homme " Janvier 1971) hélas ! il n'en est pas toujours ainsi !

PARAMETRES SOCIAUX

1°) Origine sociale

Ouvrière	:	8
Rurale	:	6
Urbaine	:	4

2°) Carence parentale

Par décès - par d'échéance parentérale : 2

3°) Alcoolisme de parents

Deux cas précisés

4°) Alcoolisme du conjoint : 10

10 femmes sur 18 ont un époux qui s'adonne lui-même aux boissons d'une façon immodérée. Cette situation explique la difficulté énorme, insurmontable que nous rencontrons dans la tentative de soigner la femme, surtout quand elle regagne le domicile conjugal.

L' AGENT TOXIQUE

Le vin rouge est naturellement la boisson favorite.

8 de nos femmes ne boivent que du"rouge",
1 seule n'apprécie que la bière,
6 avouent boire indifféremment vin ou bière,
3 boivent des apéritifs, des vins, et une dit prendre de l'eau de cologne, quand elle n'a pas d'autres moyens de se ravitailler : soit que le mari enferme "tout à clé", soit que la femme soit démunie d'argent. Car des maris en arrivent à ne plus confier la gestion du budget, à tort ou à raison, à leur épouse.

QUANTITES ABSORBEES

Contrairement à l'homme, la femme, ici boit d'un seul coup, en une seule fois. Il semble que de déguster comme l'homme son vin, de "ruminer" devant son verre lui répugnerait : elle avale 2, 3 verres, 1 litre ..... elle est soule.... C'est ce qu'elle recherche.

LIEU DE L'ALCOOLISATION

A part deux qui boivent avec des voisins et deux qui déclarent sans fausse honte boire jusqu'à se saouler au bar, comme les "hommes", quatorze de nos malades s'indignent quand on leur demande si elles ne boivent pas en dehors de leur foyer " Oh! non docteur ! pas jusque là, quand même .... Nous habitons un petit village ..... Je bois chez moi, surtout quand je suis seule!..... " disent-elles le plus candidement du monde.

DUREE DE L' ALCOOLISATION

Il est aisé de comprendre la difficulté que nous avons à essayer de faire préciser par ces malades depuis combien de temps elles s'adonnent aux boissons. Les chiffres que nous citons ci-après, sont donc tout à fait relatifs. Il serait intéressant certes de connaître le début de la prise régulière de boissons alcoolisées jusqu'à l'éclosion des premiers incidents notoires, puis la date de ces incidents jusqu'à celle de la première hospitalisation.

Au moment de leur admission en 1970 :

Deux malades disent boire depuis cinq ans
Dix malades boiraient depuis plus de 5 ans et même 10 ans
Six déclarent boire régulièrement depuis plus de 10 ans.

POURQUOI BOIVENT - ELLES ?

Une des questions qui nous vient à l'esprit dès le premier entretien, est celle-ci :

" Pourquoi donc buvez-vous ainsi ! Madame ?"

Question dite soit avec une certaine inquiétude ou une certaine sympathie, ou un peu d'irritation (?) mais qui s'efforce d'être très compréhensive.

La femme ne s'y laisse pas prendre au premier coup. Elle répond par un haussement d'épaule, de lassitude, de découragement ou d'auto-défense agressive " Ah! si vous saviez docteur ! ..... Oh! je ne sais pas,moi ! .....

Plus tard seulement, elle accepte le dialogue et essaie de comprendre le pourquoi ! la diversité des réponses est étonnante .....

Sur les 18 femmes ici concernées :

- Six boivent à la suite d'une situation conflictuelle
- Disputes conjugales,
- Décès d'un proche (parents, mari, enfants),
- Départ d'enfants (mariage, outre-mer, service militaire)
- Infidélité conjugale.

Quatre boivent par " ennui " - elle est seule toute la journée, à la maison. Les enfants ont grandi et vont à l'école. Le mari est aux champs ou à l'usine et,paradoxe en notre ère de consommation, les appareils ménagers (machine à laver, donc peu d'heures passées à la lingerie familiale) - (frigo : sorties aux boutiques réduites) s'ils libèrent la ménagère, lui laissent parfois des heures "vides" qu'elles ne savent pas souvent occuper. C'est le désoeuvrement, le vide, l'ennui et un peu de vin pour "meubler" ces heures creuses..... elles "cherchent à s'oublier et à oublier dans l'ivresse ".

Quatre boivent, disent-elles, par "entrainement" - du mari surtout, de la voisine quelquefois. N'oublions pas : 10 sur 18 de nos malades ont un époux lui-même éthylique. Elles ne peuvent plus s'en passer.

Quatre ne savent pas exactement pourquoi elles boivent. Ou parce qu'elles ont travaillé "trop" et qu'elles ont besoin "de fortifiant" (en l'occurence, le vin) ou bien le plus simplement du monde ayant soif, elles ont besoin de boire, le vin est plus chaud, plus sain " l'eau de la Marne, vous savez, je ne la bois pas, elle est trop calcaire..."

EUMONT dans sa thèse, a déjà invoqué cet aspect du "pourquoi les femmes boivent" il l'appelle l'éthylisme d'isolement.

En raison de l'évolution de la condition sociale, de sa formation intellectuelle (4 de nos malades ont un niveau du B.E.P.C., ou C.A.P.) donc du niveau de ce qu'on entend par cadres moyens, il arrive un moment où il y a contradiction entre le rôle traditionnel de la femme au foyer et le rôle social de la femme (entre sa charge de mère, d'épouse) et la pression économique de l'environnement - besoins nouveaux, nécessité d'un second salaire - manque de débouchés, malgré la possession d'un diplôme ou un métier appris. Ces femmes ne peuvent donc exercer une profession en dehors de leur foyer, ou bien, si elles en ont un qui leur convient, elles ont dû abandonner soit parce qu'un ou deux enfants sont venus, soit que le mari y est hostile, et peu à peu, elles se rendent compte de l'échec de leur vie familiale. Il y a chez elles, une frustration permanente tant sur le plan activité que sur le plan affectif et de là, jusqu'à aller se réfugier dans "le vin" il n'y a qu'un pas vite et facilement franchi. C'est en fait un alcoolisme névrotique de compensation, reflet d'une difficulté d'adaptation à une situation donnée.

C'est surtout parmi ces femmes que l'on rencontre une négation forcenée de leur vice. C'est, dit FOUQUET, un comportement quasi-psychotique d'annulation de la réalité . Cette négation, (dissimulation aux autres et à elle-même) est assez fréquente. Nous avons une malade (obs nº 1 qui est arrivée à cacher à l'équipe (y compris l'Assistante sociale et l'infirmière itinérante) la réalité de son éthylisme jusqu'à son 4 ème séjour.

FOUQUET appelle "alcoolose" cette rencontre entre une personnalité névrotique et l'alcool. Le fait psychiatrique dans l'éclosion et la permanence de l'éthylisme chez la femme est une donnée d'observation courante. Et cette névrose acquiert une telle intensité au fil des ans, que la femme en arrive à affronter et à faire sauter la barrière que dresse devant elle la répugnance de notre Société vis à vis de la femme qui boit.

Nous avons déjà invoqué quelques unes des causes objectives ou subjectives de cette névrose. Quand on essaie d'aller plus profondément dans l'anamnèse, on relève presque toujours des troubles remontant à l'enfance plus ou moins troublée; identification avec le père, troubles des rapports avec la mère, anomalies de la maturation et du développement de la personnalité : dysmaturité, carence affective, débilité par carence éducative ou instabilité socio-familiale.Mais, à l'âge adulte, devenue mère ou épouse, la femme affronte de nouvelles difficultés. Nous avons signalé la solitude, l'angoisse s'enchevêtrant dans des processus de conduites d'échecs, de dérivations issues de conflits lointains ou actuels mal métabolisés, de frustrations, mal ou pas du tout compensés.

Un autre volet de la vie psychologique de la femme éthylique, souligné par plusieurs auteurs notamment MASSOT et DELIRY, est le sentiment de culpabilité qui inhibe chez elle toute velléité de " s'en sortir " .

D'échec en échec, la femme se sent incapable de lutter et s'inflige une auto-punition, véritable suicide différé, pour annihiler ce corps que sa raison n'arrive plus à maitriser.

Enfin, un élément majeur, que la pharmacologie de ces dernières décades a essayé avec plus ou moins de réussite de juguler : l'anxiété. EY met en évidence le rôle de l'anxiété et insiste sur les troubles de l'affectivité et du caractère, lesquels semblent évoluer sur un fond commun d'anxiété qui s'extériorise dès le matin (pôle matinal de l'angoisse) en s'atténuant après la première absorption d'alcool, mais réapparaîtra dans ses angoisses et ses sueurs, qui surviennent à la tombée du jour (pôle vespéral de l'angoisse).

Mais ne devient pas alcoolique qui le veut, surtout chez la femme. Tous ces éléments dont nous venons d'évoquer les principaux, aussi fréquents soient-ils, et additionnés les uns aux autres, ne débouchent pas forcément sur l'éthylisme pathologique.

Certains auteurs ont parlé de la présence chez certains organismes d'un équipement qui permettrait à une femme de tolérer ou non, de supporter ou non l'alcool. Ce facteur essentiellement physiologique de prédisposition au recours pathologique à l'alcool reste à découvrir et à préciser.

Nous avons constaté plus haut, que 8 de nos femmes déclarent qu'elles boivent du vin ou d'autres boissons alcoolisées, parce qu'elles ne peuvent plus s'en passer... elles en ont "soif".... Ce besoin, des éthyliques , disons plutôt cette dépendance aux boissons alcooliques pour apaiser leur soif, ont déjà attiré l'attention de nombreux chercheurs, surtout dans le domaine de la biochimie et de la pharmacodynamie.

JOEL de ROSNAY dans un article de la Revue " La Recherche " n° 1 de Mai 1970 se demande si l'alcoolique ne serait pas un morphinomane au second degré ? ... A cette question, il donne les explications suivantes :

" Parmi les substances chimiques capables de provoquer chez l'homme de graves désordres physiques et mentaux accompagnés d'un phénomène d'accoutumance, l'alcool (alcool éthylique ou éthanol) et les alcaloïdes dérivés de la morphine semblent présenter les effets les plus puissants et les plus prolongés. Malgré la similitude existant entre les symptômes causés par l'ingestion d'alcool et ceux résultant d'une accoutumance aux stupéfiants apparentés à la morphine, les grandes différences structurelles et chimiques entre éthanol et dérivés de la morphine avaient conduit à écarter les hypothèses tendant à unifier leur mode d'action.

Des travaux effectués par le Docteur Virginien E.DAVIS de HOUSTON (Texas) laissent suggérer qu'ils pourraient agir sur le cerveau par l'intermédiaire d'un même type de molécule. Seules la durée et la concentration nécessaires pour provoquer l'accoutumance physique et psychique seraient différentes....

Bien que les alcaloïdes ne soient généralement produits que par les plantes, la possibilité de synthèse de ces molécules chez l'homme avait été déjà signalé en septembre 1968 (docteur M.A.COLLINS ou N.Y. psychiatrie Instituts Docteur C.COHEN, de l'Université de Colombia)...

Selon ces chercheurs, l'acétaldéhyde, résultant de la transformation enzymatique de l'alcool éthylique dans l'organisme, pourrait réagir avec des catécholamines (les amines du système nerveux) pour donner des composés apparentés aux isoquinoléines. Or, de nombreux alcaloïdes tels que la morphine, la strychnine ou la caféïne possèdent dans leur structure chimique les cycles caractéristiques des isoquinoléines.

Cependant, il semble qu'un fait important ait échappé à COHEN et COLLINS :

Ce n'est probablement pas l'acétaldéhyde lui-même qui se condense avec les neuro-amines, mais un autre aldéhyde résultant d'un dérèglement induit par l'alcool.

Cette possibilité d'une action indirecte de l'acétaldéhyde sur certaines enzymes contrôlant le métabolisme des catécholamines constitue la clef des travaux du Docteur DAVIS et de son équipe de HOUSTON.

En effet, les amines actives au niveau du système nerveux central, telles les catécholamines (adrénaline, noradrénaline, dopamine) ou tryptamines (sérotonine) sont oxydées en acides, principaux produits du catabolisme par deux enzymes essentielles.

VOIES DU CATABOLISME DE LA DOPAMINE

En l'absence d'alcool dans l'organisme

- Dans les conditions normales, la dopamine, molécule essentielle du métabolisme des amines du cerveau, est successivement désaminée en :

- Dihydroxyphénylacetaldehyde par l'enzyme monoamine oxydase puis oxydée en acide dihydroxyphénylacétique par l'enzyme aldéhyde déshydrogénase.

En présence d'alcool dans l'organisme

En présence d'alcool, le catabolisme de la dopamine est détourné .

L'acétaldéhyde produit dans l'organisme inhibe l'aldéhyde deshydrogènase, ce qui provoque l'accumulation de dihydroxyphenylacetaldehyde. Cette dernière substance se condense avec la dopamine pour former dans le corps un précurseur normal de la morphine chez le pavot : c'est la phényltétrahydroquinoleine ou tétrahydropapavéroline (THP).

Afin de vérifier son hypothèse, l'équipe du Dr DAVIS a procédé à des expériences pour suivre la formation de T.H.P. à partir de dopamine marquée au carbone 14.

Grâce à l'hypothèse générale proposée par le Docteur V.DAVIS et son équipe, l'alcoolisme apparaît donc comme une maladie biochimique reposant sur un dérèglement métabolique. La découverte de cette liaison biochimique entre alcool et accoutumance aux stupéfiants pourra conduire si elle est confirmée, à une meilleure compréhension de la nature chimique de l'alcoolisme et, peut-être à la synthèse de médicaments capables de contrôler, ou même d'en abolir les effets.

Nous remercions respectueusement M.le Professeur Agrégé NABET et Madame le Docteur Francine GENETET d'avoir bien voulu nous admettre en leur laboratoire (Faculté de Médecine de NANCY) et de nous avoir dirigé par leurs conseils avisés sur le tracé de la partie biochimie pathologique de ce travail.

ASPECTS SOCIO - FINANCIERS

Il n'est pas difficile de se représenter la gravité des conséquences familiales et sociales de l'alcoolisme féminin, dans la mesure où la femme représente le noyau, permanent, irréductible du concept " famille " qui est considéré comme la base de la Nation elle-même ...

Faut-il le répéter ... c'est banal ... Hélas ! oui ! à force d'en entendre parler, nous devenons plus ou moins insensibles, indifférents. Il faudrait peut-être nous matraquer comme on dit, à la T.V. par une sorte de"croisade" pour secouer, mobiliser en permanence, l'opinion publique et l'obliger à s'intéresser à ces problèmes.

La vie familiale se dégrade, et devient vite perturbée, les disputes, les mésententes sont faciles et très fréquentes, les coups et blessures sont quotidiens.

Le relâchement des moeurs s'étalent au grand jour. Bien qu'il nous soit toutefois difficile de faire une enquête à la "Kinsey" il semble que les liaisons adultérines ne sont pas moins fréquentes chez elles que dans toute autre couche de la population.

Pourquoi ? certaines femmes évoquent que leur mari est trop fatigué, pour ne pas dire impuissant, ou qu'elles mêmes, trop absorbées par le ménage et les enfants, ne pensent pas à faire l'amour avec le "mari" d'ailleurs, " je ne suis pas portée, là-dessus" disent-elles... Et pourtant, elles manquent rarement l" extra", si l'occasion se présente ....

Ces malades vont démissionner de leur rôle de mère et laisser la belle-mère et la fille aînée assurer la responsabilité de diriger la maison . Les enfants, s'ils ne sont pas retirés, au préalable par l'A.P. ou la D.A.S.S. (déchéance parentale par décision du Juge) sont en général assez bien élevés. La belle-mère ou la fille aînée, s'en charge admirablement pendant le séjour hospitalier de la maman.

Parmi le lot de 18 femmes, nous avons :

- 1 prostituée notoire,
- 1 qui a été l'objet d'une condamnation pour vol, attentat public à la pudeur,
- 2 objets de déchéance parentale pour violences à enfants, pour incapacité de gérer le ménage et de s'occuper de leurs enfants.

DESHAIES a conclu avec raison " l'alcoolisme dégrade plus rapidement et plus profondément la femme dans ses fonctions et ses rôles féminins et maternels, que l'homme dans ses fonctions et ses rôles masculins et paternels !"

Et ici, nous ne considérons pas les effets immédiats ... Les conséquences lointaines de cet éthylisme ne sont pas moins graves, surtout si les deux époux sont éthyliques tous les deux, (Ce qui est le cas pour 10 de nos 18 malades).

Les progénitures d'alcooliques invétérés, sont beaucoup plus fragiles, sont plus exposés aux maladies somatiques, et aux troubles mentaux, de dégénérescence, de débilité, d'idiotie....Souvenons-nous de l'extinction de la race des Indiens d'Amérique, décimés par l'alcoolisme.

Essaysons d'aborder maintenant l'aspect financier de l'alcoolisme féminin !... Certes, nous sommes profanes en la matière et nous n'avons pas la prétention de dresser des tableaux et des statistiques exhaustifs.

Nous nous contenterons, en nous référant à la circulaire de la ligne anti-alcoolique départementale dont il est fait état au début de ce travail, aux incidences financières sur le budget en 1970 de l'Hôpital Psychiatrique de SAINT-DIZIER.

En 1970, les dépenses globales de l' Hôpital Psychiatrique de SAINT-DIZIER, se sont élevées à :

15.217.024,80 Fr

Sur ce chiffre global, il a été dépensé au titre des malades alcooliques hospitalisées en 1970 :

pour 109 hommes

23 femmes

- au compte de la sécurité sociale... : 213.284,18 Fr
- au compte de l'aide médicale ..... : 22.582,56 Fr

soit un total de ..... : 235.866,74 Fr

(Source : lettre de M. LE DIR. de l'Hôpital Psychiatrique à M. Le Président du Comité Départemental de la défense contre l'alcoolisme, 4, rue de la Marne à CHAUMONT.
En date du 26 Janvier 1971.)

Il y a eu 132 entrées alcooliques pour un total de 708 entrées en 1970.

Ces sommes ne reflètent partiellement que celles qui sont chiffrables et ont pu être comptabilisées, à un moment donné. Elles prendraient d'autres proportions plus énormas encore, si l'on y ajoutait les frais versés par la famille (déplacements, visites, médicaments..) par le Secteur Public (indemnités diverses, manque à gagner, accidents,etc...)

Mais il y a d'autres valeurs que les chiffres ne pourraient jamais matérialiser, les souffrances morales et physiques que l'alcoolisme engendre dans la famille et dans la société.

Sur le plan national, d'après un rapport publié en 1968, le coût annuel de l'alcoolisme en France est évalué ainsi :

- 700 millions à 2,5 milliards pour la maladie,
- 500 millions à 2,5 milliards pour les accidents de la route,
- 500 millions à 1 milliard pour les accidents du travail.

Ces faits et chiffres ici rapportés dans toute leur sécheresse ne pourraient caractériser qu'un certain ordre de grandeur, mais ils sont éloquents en eux-mêmes. Or, notre société ne semble pas en prendre conscience.

Aussi, pour illustrer cette non prise de conscience, ou disons plutôt cette minimisation plus ou moins consciente du problème, relevons, entre autres, le fait suivant :

" Une enquête avait été entreprise en 1969 pour essayer de chiffrer le coût de l'alcoolisme en Haute-Marne pendant l'année 1970 ; et ce, en différentes directions: établissements hospitaliers, médecins du travail, prévention routière, Action Sanitaire et Sociale, Assurance maladie, nous n'avons reçu qu'une réponse, celle de l'Hôpital Psychiatrique de SAINT-DIZIER...

(Lettre de M. DAUTREY, ancien Président du Comité Départemental de la Lutte contre l'alcoolisme de la Haute-Marne).

T H E R A P E U T I Q U E

Ce programme comporte :

I - La cure de désintoxication plus correction des troubles biologiques

II - La cure d'interdiction

III - La psychothérapie de soutien

IV - Sociothérapie et ergothérapie

V - La post-cure

T H E R A P E U T I Q U E

Chaque centre hospitalier et chaque service d'un même hopital tient à sa méthode propre pour soigner ses alcooliques. Les femmes alcooliques dont il est question dans ce travail, rentrent presque toutes, dans la catégorie des "fortement" intoxiquées. Il est donc nécessaire dans tous les cas, que le traitement soit mis en route d'emblée à l'admission de la femme dans le service. Ce traitement sera bien entendu, modifié en fonction des résultats des examens biologiques et aussi de l'évolution des signes cliniques.

Schématiquement, nous avons adopté le processus suivant qui n'est surement pas original ni même plus efficace qu'un autre, mais qui d'après notre propre pratique à SAINT DIZIER, a mérité d'avoir affronté l'expérience ... expérience qui, après un certain recul , nous permettra certainement et à d'autres collègues, d'apporter les ajustements indispensables.

LA CURE DE DESINTOXICATION

a) LE SEVRAGE :

L'admission en milieu hospitalier favorise le sevrage .... Le sevrage est souvent trop brutal et quasi-intégral. Néanmoins, quelques femmes qui ont fait des séjours antérieurs, et qui ont une certaine habitude " du milieu hospitalier " et noué des relations, arrivent à " se faire " servir du " rouge " par d'autres malades ayant une certaine liberté de mouvements.

En fait, le sevrage doit être progressif ... Nous connaissons tous les risques que fait courir une suppression brusque de l'alcool chez l'éthylique : déséquilibres hormonaux, troubles nerveux avec réaction anarchique des grandes fonctions vitales etc...

Ce sevrage est mieux contrôlé en milieu médical et les incidents seront plus promptement maitrisés à la moindre alerte. On apporte à l'organisme, pendant le temps nécessaire, une quantité contrôlée et décroissante d'alcool, ingérée ou injectée. La quantité et la durée sont fonction du degré d'imprégnation.

Les dangers du sevrage brutal sont bien connus. Pour les éviter, on peut :

- Soit prescrire durant 8 jours, des quantités dégressives de solution alcoolique - le vin étant bien entendu proscrit pour des raisons psychologiques évidentes.

- soit utiliser la technique de LECOQ

LE COMPLEXE VITAMINE B

Vitamine B1 - dite anti-névritique, agissant sur le métabolisme des glucides.

Vitamine B2 - dont la combinaison dans l'organisme avec les protides hépatiques donne naissance à une diastase intervenant dans le processus d'oxydo-réduction du métabolisme glucidique.

Vitamine B 6 - Anti - acrodynique, intervenant également dans le métabolisme général.

Vitamine B 12 - Anti-anémiques.

L'Acide de pantothénique dont la carence détermine, des lésions inflammatoires hépatiques et gastriques.

LES VITAMINES A et D

Pallient la dégénérescence des tissus nerveux.

LA VITAMINE C

Facteur d'oxydation présidant au métabolisme glucidique et à certaines actions diastasiques et hormonales.

LA VITAMINE K

Anti-hémoragiques, utile dans les affections hépatiques avec diminution du taux de prothrombine sanguin.

LA VITAMINE P

Amide nicotinique dont la carence détermine des érythèmes des régions découvertes du corps, des troubles digestifs, de la porphyrinurie et aboutissant à l'évolution fatale si l'on n"intervient pas.

Dans le traitement de l'intoxication éthylique avancée nous prescrivons assez souvent l'association nicotinamide et adénine (vitamine B3 et B4) en I.M.

LES EXTRAITS DE FOIE

Apportant à la cellule hépatique, des oligo et crypto-éléments, jouent un rôle certain dans la reconstitution du parenchyme hépatique. Ce traitement commencé aussi d'emblée, par voie I.M. sera poursuivi au moins 15 jours et relayée par la suite par voie buccale.

Selon le cas, nous prescrivons aussi : (du trophysan, des sérums physiologique, glucosé ou bicarbonaté).

L'administration, à la demande de tranquilisants (valium - équanil) par voies parentérales permet de vaincre l'angoisse de la malade.

Au bout de deux à trois semaines, d'un traitement intensif, sevrée progressivement, mise en confiance, la malade ressent un mieux-être physique, et une détente morale importante. On voit s'atténuer les troubles digestifs, les tremblements, la fatigue, elle reprend de la couleur et un peu plus de féminité, elle soigne mieux sa présentation et cherche à s'occuper normalement dans le pavillon.

LA CURE D'INTERDICTION

Le traitement médical n'en est pas pour autant terminé ; la récupération sera assez lente, s'échelonnant sur des semaines et des mois. L'alcoolique ne doit plus boire ou plutôt reboire, même des doses minimes, sans retomber dans son intempérance. L'abstinence totale est de rigueur; mais pour être efficace elle a besoin non seulement de la bonne foi et de la volonté alléguée par l'individu, mais également de l'aide qu'apportera l'interdit médical qu'est la cure de déconditionnement. La mise en oeuvre de la cure doit supprimer l'appétence pour l'alcool. Si cette appétence demeure, si minime soit elle, la poursuite du traitement doit être un empêchement absolu à tout usage de l'alcool.

Plusieurs méthodes sont employées dans la cure d'interdiction, utilisées parfois simultanément.

1°) - LA CURE A L'APOMORPHINE

L'emploi d'un vomitif tel que l'apomorphine est la recherche de reflexes conditionnés. Après injection sous-cutanée de quelques milligrammes d'apomorphine, la malade absorbe un demi-verre de vin ou de boisson alcoolisée en cause. Dans le quart d'heure qui suit, elle sera prise de nausées et de vomissements. On répétera l'opération une ou deux fois dans la matinée et plusieurs fois de suite. On se propose ainsi de créer un reflexe de dégout devant un verre de la boisson choisie, et parfois même de son odeur.

Parfois, ce conditionnement atteint un tel degré que la venue de l'interne et de l'infirmière avec le matériel d'injection suffit à déclencher nausées et vomissements.

La cure de l'apomorphine est particulièrement indiquée chez l'éthylique nerveuse, agitée avec troubles psychiques; troubles sur lesquels, elle a une action sédative notable. Elle présente aussi l'avantage de rendre les malades plus perméables à la psychothérapie.

L'apomorphine allie en plus, le facteur "désintoxication" avec le facteur "dégout conditionné".

On peut reprocher aux cures de dégoût conditionné à l'apomorphine, une certaine brutalité, parfois insupportable psychothérapiquement et somatiquement, par la malade (malade obligée à absorber des boissons alcoolisées et à vomir après chaque absorption).

Devant cette constatation, on en arrive à se demander s'il n'est pas préférable chez une malade, ayant recouvré un peu de sa vigueur physique et une réèlle sensation de bien-être de différer chez elle la cure d'interdiction pour éviter cette angoisse qui risque de créer une certaine appréhension défavorable à plus ou moins long terme chez une personnalité fragile, instable.

On utilise de moins en moins, cette cure pénible dans le service, et l'on a tendance, plus volontiers, à faire :

2°) - LA CURE D'ANTABUS -

(Disulfurame)

La disulfurame, commercialisé en France sous le nom " d'espéral " est un produit chimique qui, en présence d'alcool dans l'organisme , déclenche une série de réactions intenses et pénibles. A part cette propriété, son inocuité semble absolue et l'on pourrait en prendre longtemps, sans troubles autres que ceux signalés . Sa prise régulière est donc le garant d'une abstinence totale.

En général, la cure débute par une imprégnation " à l'espéral " pendant 3 à 4 jours. Puis, on provoque une réaction en faisant ingérer à la malade un demi-verre de boisson alcoolisée, dans le quart d'heure qui suit , la malade sera prise de malaises avec cyanose du faciès, céphalée, hypotension, tachycardie, dyspnée. L'angoisse sera profonde devant un tel tableau, avec un sentiment très pénible, parfois de mort imminente. Les manifestations cliniques s'atténuent rapidement, mais la malade en conserve un souvenir durable. On fera ainsi plusieurs séances.

A la sortie, la malade aura une ordonnance "d'espéral" qu'elle prendra $\frac{1}{2}$ ou 1 comprimé, chaque matin, à jeûn.

En principe, cette imprégnation à l'espéral est suffisante pour l'empêcher de prendre des boissons alcoolisées, mais elle est liée à la prise journalière qui, elle, est laissée au libre arbitre du malade. Il s'ensuit ainsi des abandons de traitement, ou tout du moins, une prise irrégulière d'espéral : et la malade se remettre tôt ou tard, à boire.

Ces considérations nous amènent à parler de :

PSYCHOTHERAPIE DE SOUTIEN

On conçoit aisément en effet que le traitement serait incomplet si on s'arrêtait à ce stade qui ne considère que l'aspect somatique de l'éthylisme.

Or, dans ce véritable drame, entre en jeu toute la personnalité de la malade et la psychothérapie devient l'élément capital sans lequel, il ne pourrait y avoir de bonne cure ! .... et encore ...

La personnalité de la malade nous amène à envisager "nos propres attitudes de médecins", spécialisés ou non, en face de cette malade singulière qu'est l'alcoolique.

Un premier point à retenir :

Comme nous avons pu le constater au début de ce travail, l'alcoolique est une malade, qui ne s'est jamais fait hospitaliser d'elle-même, de son propre gré, pour se plaindre et se faire soigner de son intoxication ; l'hospitalisation est toujours formée (éthylisme aigü - pression sociale de voisinage - conjugale - professionnelle etc....)

D'après J.P.C.VIGNAT, on peut distinguer trois types de femmes alcooliques :

a) - la soumise : confessant son erreur. C'est très rare, du moins, la femme dit rarement dès la première hospitalisation, dès le premier entretien qu'elle s'adonne à la boisson depuis un temps respectable.

b) - Le type dénégateur : Niant toute ingestion d'alcool et se faisant"hospitaliser" malgré, "les enfants", surtout si elle est hospitalisée à cause du mari ou de la belle-mère ou des deux à la fois.

c) le type hostile : Franchement agressif, estimant que le médecin n'a "rien à voir" de ce qui ne le regarde pas, en ce qui concerne la "boisson"... elle est là " pour autre chose " (fatigue des nerfs, victime de la brutalité du mari, " de la haine " de la belle-mère).

A ces trois types de comportement de la malade, si schèmatique soient-ils, on peut faire correspondre trois types d'attitudes possibles qu'il induit chez le médecin.

C'est le fameux aspect "contre-transférentiel" de la relation médecin-malade.

- Aussi, la malade soumise, contrite, pourra susciter chez son médecin une attitude paternelle de type plutôt protecteur et indulgent.

- La malade de type dénégateur provoquera une attitude moralisante.

- La malade agressive, une attitude répressive, sadique.

Evidemment, ce schématisme est sérieusement poussé à l'extrème ; car les choses sont bien plus complexes dans la réalité.

L'attitude de la malade déterminera celle du médecin, à travers la personnalité propre de ce dernier, et jamais même dans les cas les plus simples, l'analyse ne se laisse réduire à une telle simplification.

Le traitement de l'alcoolique est souvent une partie qui se joue à trois, plus particulièrement, sur le plan psychologique. Le troisième personnage est en effet , le mari de l'alcoolique.

Le mari, s'il n'est pas éthylique lui-même met du temps "à découvrir" le vice de son épouse et s'il le découvre, il cherche à "le cacher". Tantôt compréhensif, tantôt tolérant, tantôt explosif... il ne sait pas (et comment) adopter vis-à-vis de lui-même, de sa femme et de l'alcoolisme de celle-ci une attitude cohérente... Il sera brutal, effacé " bon père " de famille, mais "piètre époux". Il peut être un bon allié pour le médecin dans la tentative, très louable d'essayer d'aider sa femme " égarée " à réintégrer la " bonne voie ", mais le médecin doit être sur ses gardes... Ce mari est un homme blessé dans son amour propre, diminué devant lui - même, sa famille et son entourage... Il est d'un commerce délicat... Il peut-être jaloux du médecin....

La personnalité de l'alcoolique, est souvent une personnalité presque névrotique et, à ce propos, les problèmes psychologiques posés sont appelés à prendre une spécificité toute particulière. Nous avons décrit trois types schématiques d'alcooliques soumis, dénégateur, agressif. De ce schèma, on peut en pratique :

- Considérer l'alcoolo-consommateur simple ou excessif qui arrive à garder une certaine marge de liberté, plus ou moins fragile, vis-à-vis de l'alcool et qui lui permet de renoncer, de temps en temps, à son habitude, dans certains environnements.

Puis, l'alcoolomane primaire ou secondaire qui a perdu toute liberté vis-à-vis de son toxique. Le problème du mode d'action à envisager auprès de lui devient plus difficile.

L'attitude du médecin doit de toute façon être particulière pour chaque malade, mais dès le premier entretien, il se doit de considérer l'alcoolique comme une vraie malade au même titre qu' une cardiaque, une diabétique ou une rhumatisante chronique... Tout en sachantqu'il ne s'agit pas là d'une bienveillance coupable, d'une sorte de "pactisation avec le vice" mais une véritable technique indispensable à l'amorce , puis à la bonne marche, qui sera de longue haleine, du traitement ultérieur. On évitera au maximum de la culpabiliser, de la moraliser... mais, au besoin de la "revaloriser" en la mettant en position d'adulte responsable vis à vis d'elle-même et de son penchant.

Car, en regardant de plus près les conditions psychologiques, que remarque-t-on ? depuis des années, ce qui est le cas "chez nos femmes", elles se sentent rejetées, bannies de la famille, du village. La lutte qui l'oppose aux siens revêt un caractère moralisateur, inéfficace. Tous les sentiments sont tour à tour employés : allant de la mise en tutelle " remplacement par la belle-mère ou la fille-ainée, par exemple " jusqu'à l'abandon ou l'indifférence plus ou moins totale.

L'alcoolique s'enfonce dans son drame, s'isole, juge en fonction de ses propres réactions sans pouvoir échapper à son intempérance. Tous les conflits l'opposant à la société ne peuvent être résolus qu'en "se réfugiant" dans son toxique, ce qui n'arrange point les choses, et l'on finira par en arriver au recours extrême : l'hospitalisation " à l'asile ", comme on dit dans les villages Haut-Marnais.

Là, à l'hôpital, la malade va retrouver le calme, une certaine compréhension d'un milieu qui ne lui sera pas systématiquement hostile...Elle retrouve une certaine sérénité, à rire comme les autres. Ce qui sera propice à la réflexion.. et à la mise en lumière de certains volets de sa propre personnalité... mais ne nous emballons pas trop... Sevrée, retrouvant un équilibre somatique rompu par ses abus, la malade retrouve assez rapidement la joie de vivre. L'équipe l'aidera dans le mûrissement qu'elle favorise par des entretiens journaliers seule ou en groupe.

Mise en confiance peu à peu, nous lui ferons, et alors seulement (pas à l'admission) évoquer son autobiographie, par écrit parfois, en invoquant (avec précautions) certaines périodes de son existence paraissant particulièrement importantes.

La femme prend confiance en elle-même, fait des efforts pour expliquer et dépasser par la suite, les "fausses"raisons invoquées pour "justifier" son penchant et elle trouvera, elle même, les conditions qui lui permettraient de régler ce conflit.

En même temps, l'action sur la famille devient également le garant du succès présent et ultérieur de la cure. Pendant les visites au pavillon, les conversations téléphoniques, les échanges épistolaires, il faut essayer de dédramatiser les conflits et la situation; faire comprendre au mari et aux grands enfants, la situation dans laquelle se débat la malade et aider le mari et enfants à épauler son effort pour arriver à créer un climat de détente familiale, sans fausse note, ou la compréhension mutuelle succèdera aux tensions vécues jusqu'ici.

Bien sûr, cette psychothérapie tiendra compte de la personnalité de la malade, de son environnement socio - familial, de son niveau culturel permettant un dialogue fructueux .

L'observation du comportement de la malade pendant le séjour hospitalier, dont nous vous avons déjà parlé, sera suivi avec attention par l'équipe soignante.

Dès la première semaine, la femme a un meilleur état physique et une attitude plus sereine, mais il n'est pas toujours ainsi, ce serait trop beau; en effet, souvent, elle oscille entre des tendances diverses: très peu de progrès, réticence, régression dépressive ou une certaine exaltation de l'humeur. Parfois, elle va refuser de de "se considérer" comme une éthylique. Elle va être agressive en refusant tout contact avec les autres malades " qui sont des folles " , prendra une certaine distance vis-à-vis du personnel et recherchera une relation " privilégiée" avec le grand chef, en l'occurence le " médecin-chef ". L'interne, la surveillante, l'assistante sociale, " qui sont trop jeunes ", " des enfants " " pour elle " , pour qu'elle puisse leur parler de " sa " situation. Dans ce cas, la patience est plus que jamais de rigueur et l'Equipe devra adopter une attitude vis-à-vis de la malade, non pas identique, mais harmonieuse, complémentaire, compréhensive en égard de la malade et entre chacun des membres de l'Equipe.

En 1970, nous avons commencé la psychothérapie de groupe des alcooliques.

MODALITES

L'éthylique a déjà, en général, au moment où nous avons commencé l'essai de psychothérapie de groupe " son groupe " avec qui elle a sympathisé dès son admission.

Nous laissons ces groupes, tels quels, donc, des groupes non uniquement composés d'alcooliques. D'ailleurs, nous avons fait une " erreur ", au début en voulant à tout prix, ne faire que des groupes " homogènes " d'alcooliques. Nous avons heurté beaucoup de susceptibilité qui a dégénéré, sinon en hostilité plus ou moins larvée du moins en une réticence assez marquée. Car, il ne manque pas quelques "caractérielles" qui se croient intéressantes, en disant à qui veut l'entendre, au pavillon, " par ici, la réunion " des buveuses ! ...

Un travail préparatoire s'est donc imposé, au niveau du personnel et des malades"anciennes" et "nouvelles"au fur et à mesure de leur admission. Puis, les réunions, au lieu de se faire dans le pavillon même, gagnent à se passer ailleurs, sans battage préalable, ni cérémonie. La détente, l'entente et la compréhension y ont gagné beaucoup.

Mais de toute façon, le groupe est ouvert et libre. D'autres malades alcooliques y sont admises, à condition que leur présence et leur comportement ne nuisent aux buts recherchés et qu'elles soient bien acceptées par les "intéressées".

Les éthyliques elles-mêmes peuvent venir ou ne pas venir.. ou partir au milieu de la réunion, laquelle, ne devra pas dépasser une heure environ. Il ne faut pas " en épuiser " toute la potentialité très tôt. En général, les malades se tiennent correctemet.

De toute façon, seules restent à ces réunions tout au long de leur séjour hospitalier, d'une façon assez régulière, les sujets ayant un minimum de niveau intellectuel et quelques possibilités de " verbalisation " et qui, après des entretiens " personnalisés " préalables comprennent le but et acceptent une participation active durant leur hospitalisation.

Suivant le nombre, une demi-douzaine en général, les malades prennent place comme d'habitude, autour d'une table, ou en cercle. Une infirmière est parmi elles et en général, c'est la psychologue ou l'infirmière itinérante qui mène le jeu. L'interne ou le médecin-chef, lui-même, dans le groupe, à un rôle secondaire, modérateur et plutôt observateur.

Comme l'a souligné justement, le Docteur Marie-Thérèse HAUMONTE (annales médico-psychologiques octobre 1969 P. 324). "La dynamique de groupe est rarement explicitée et analysée, seulement quand la tension ou l'agressivité... est trop forte, ou lorsqu'un sujet pris comme bouc émissaire ne pourrait le supporter et risquerait de ne plus revenir, il faut alors savoir prendre la décision qui s'impose.

La dynamique de groupe n'est pas le but visé : il s'agit surtout que les malades intéressées se situent dans un groupe et analysent leur situation de sujet dans un groupe, et qu'ils arrivent, par l'échange de paroles au sein du groupe, à élucider les motivations profondes de leur alcoolomanie.

Cette analyse en profondeur serait idéale, mais elle ne peut-être atteinte à cause des difficultés personnelles des malades à extérioriser leurs sentiments, leur " carence " (vocabulaire en général très pauvre)... crainte du ridicule de s'exposer aux autres.La brièveté relative de leur séjour, ne permet pas en général, une certaine " décontraction ". Puis les malades se sont rendues compte qu'on (c'est à dire l'équipe) parle d'elles, après les réunions, et que, quelquefois, ce qu'elles ont dit aux réunions avaient quelque " retombée " conséquente sur l'attitude, les relations, les médications du personnel vis-à-vis d'elles. Alors, elles se méfient et n'osent pas parler en réunion... De cela, l'équipe doit tenir compte avec circonspection.

En général, nous avons beaucoup de difficultés à faire parler " ces femmes " d'elles-mêmes " ... du moins au début de leur séjour. Puis, après, se sachant " découvertes " par l'équipe et les autres malades, elles paraissent " décontractées " vis-à-vis de leur vice, en parlent volontiers avec un air détaché... avec un rien de " culpabilité " ou de honte " .

De quoi parlent-elles dans ces réunions ?

- Tout d'abord, elles n'avouent jamais leur responsabilité directe, c'est toujours la faute :

- au mari effacé ou tyran domestique,

- à la belle-mère, captatrice, qui veut encore régenter le foyer " de son fils " au lieu et place de l'épouse,

- au trop grand nombre de grossesses,

- aux difficultés matérielles : logement exigü, revenu insuffisant.

Les motivations sont, hélas, en général bien justifiées ... mais est-ce là, vraiment " la cause " majeure ?

Rarement, l'entrainement " du voisignage " ou d'ordre professionnel est invoqué. Car la femme "alcoolique" boit en "solo" en cachette.

En résumé :

Les réunions se font une fois par semaine. On demande aux malades elles-mêmes de fixer la date, le lieu de la prochaine réunion. Par la suite, au fil des réunions, les malades seront plus loquaces. On apprendra alors que :

- l'alcoolique trouve un "repaire" où elle s'enfuit en buvant...Elle fuit sa responsabilité, elle fuit devant les difficultés qu'elle est sûre de retrouver là, toujours, "aussitôt après son énivrement".

On peut évoquer, du point de vue psychanalytique que les malades présentent une régression vers l'oralité. Ces femmes, non seulement, boivent beaucoup, mais s'avèrent de grosses mangeuses.

Quelques malades, ont évoqué le fait que pour " elles " boire c'est se hisser au niveau du mâle ... C'est là, non seulement, nous pensons, une revendication du sexe, mais une sorte de compensation de perte d'objet. Car les malades ont des difficultés dans leur vie conjugale, ou bien séparées, ou bien divorcées ou dont le mari est impuissant, et parfois même filles-mères... Et ces dames fument comme des "locomotives" le plus souvent !...

Quelquesfois, au cours des entretiens, quand on leur dit :

" Pourquoi buvez-vous, alors, depuis si longtemps, sachant parfaitement la nocivité des boissons alcooliques et vous rendant compte de vos responsabilités d'épouse et de mère... elles hésitent... s'interrogent à nouveau....

" Vous savez... quand je suis seule... quand je vois les difficultés de toutes sortes qui m'assaillent (tendance à l'exagération, pour s'attirer la bienveillance) j'ai envie de tout balancer, d'en finir une fois pour toutes, et je bois. "

Oui ! Ce thème du désir de la mort est souvent invoqué mais pas aussi franchement explicité, parfois discrètement : il y a toujours l'ambivalence du désir de la mort.

SOCIOTHERAPIE et ERGOTHERAPIE

L'alcoolique ne restera pas désoeuvrée et sera invitée à s'occuper dans le service, au ménage, dans les ateliers d'ergothérapie, sans que l'on requière d'elles des connaissances spéciales, des préoccupations de rendement. En général, presque toutes les femmes ici concernées, se mettent d'elles-mêmes, sans invites, ni pressions, à prendre part aux activités, détendues, au grand étonnement du mari, des enfants et de la famille quand ceux-ci viennent " se rendre compte de l'état " de leur épouse ou de leur mère...

Plus que la recherche du travail occupationnel, ces activités vont cristalliser les pulsions de la malade, redonnant une nouvelle raison de vivre et d'être. La femme s'affirme de mieux en mieux, et voit une possibilité de " faire comme les autres " , normalement ; mais il est un fait presque admis par les différents auteurs et que notre modeste expérience semble confirmer ; le séjour en milieu hospitalier sera de durée "optimum" au possible. La malade gagnera sur tous les plans, à quitter ainsi le service car l'équipe aurait tendance à la faire " regresser " en lui "créant un environnement artificiel, et surtout en la dé-responsabilisant".

Depuis 2-4 ans, nous organisons comme dans certains hôpitaux psychiatriques, des ateliers pavillonnaires. Ces ateliers pavillonnaires mixtes où les femmes vont coudre, faire de la vannerie, des céramiques. Une fois par semaine, une séance de bal et de cinéma où personnel et hospitalisées se rendent, sans distinction vestimentaire. Tous ces essais d'ergothérapie et de sociothérapie, ne sont pas nouveaux et tendent même à"devenir banales" au point que médecin et personnel ne " cherchent pas " trop souvent à en tirer le meilleur profit possible . "

Ils ont tendance à vivre sur un certain " acquit ". Or ces séances de bal, et de cinéma sont riches de retombées fantasmiques qui ne sont pas toujours élucidées pour le bien des malades dont nous avons la charge.

LA POST-CURE

L'hospitalisation en règle générale, gagnera à être de courte durée. Nous avons affaire à une femme ayant son " homme " " son ménage " et des enfants à charge. D'autre part, l'hospitalisation ne peut avoir la prétention de règler d'un coup de baguette magique les problèmes de l'alcoolique dont la vie est minée depuis des années. La vie à l'hopital est une vie " artificielle, infantilisante " pour la malade, car, ici, on lui prépare les repas, on " lui fait " le ménage, elle a des horaires plus ou moins imposés pour sa journée et sa nuit.

Cette vie hospitalière comporte un grave danger surtout dans la mesure où elle masque les réalités, déshabitue la malade à prendre ses responsabilités d'épouse et de mère de famille. L'entourage hospitalier a vis-à-vis d'elle des comportements " formels " escamotant au possible toutes motivations de conflits, de heurts !

A la sortie, l'éthylique va retrouver ses problèmes, son mari, sa famille. Ces derniers, conditionnés par de vieilles habitudes, ne peuvent modifier du jour au lendemain, leurs propres réactions et ressentiront parfois des doutes, des réticences, toujours de l'inquiétude, qu'ils exprimeront avec plus ou moins de netteté.

La sortie se fait toujours pour ces malades avec leur propre consentement, après entente avec l'équipe toute entière et de la famille.

Notre malade quitte toujours l'hôpital de son propre gré, et avec notre consentement. Néanmoins, une fois rentrée, elle va se retrouver seule... vis-à-vis d'elle même et face à son entourage. Avant son hospitalisation, elle trouvait dans l'alcool ce qu'elle croyait être une réponse, mais qui n' était en fait qu'eun allié dangereux, mais qui l'aidait tout de même à escamoter ses problèmes. Elle n'y a plus droit. Par ailleurs, la prise de conscience acquise, à l'hôpital de l'inadéquation de l'échappatoire qu'elle a trouvée et de la gravité des conséquences de son alcoolisme peut elle aussi constituer un facteur de rechute.

La sortie s'accompagne parfois de perturbations transitoires, exaltations de l'humeur, puis tendance dépressive, fatigue physique et psychique, conséquence des efforts qu'elle déploie pour essayer de se réhabiliter vis à vis d'elle même et de son entourage.

C'est là, un moment délicat, difficile à franchir pour elle, et son entourage. Il est donc indispensable qu'elle bénéficie de l'assistance souple et ferme de l'équipe médico-sociale qui l'a prise en charge dès le départ.

S'étant substituée à la famille qui, jusqu'ici n'a pu assurer une aide efficace, l'équipe en des entretiens périodiques au dispensaire d'hygiène mentale surtout, verra fréquemment l'alcoolique , suivra l'évolution de la postcure, écoutera ses doléances et rassurera l'entourage.

Toute cette phase doit se dérouler dans un climat de confiance réciproque. Ce qu'il faut à la "convalescente" ce sont des interlocuteurs prêts à l'écouter, et à comprendre ses problèmes et l'aider à les résoudre, non pas à sa place,mais avec elle; il faut éviter à la malade toute possibilité d'isolement et d'incompréhension.

Au secteur, ce sont surtout les assistantes sociales et l'infirmière itinérante qui assurent la plus grande partie de la surveillance en post-cure. Elles font des demandes pour l'obtention d'un meilleur logement, d'un emploi, secours financier ou la présence d'une aide familiale au foyer. Mais en Haute-Marne département à prédominance rurale, les gens propagent vite " les nouvelles " " concernant " leur voisine ! qui " vient de sortir de l'asile ".

Alors que jusqu'ici, notre femme a bu, en cachette ou tout au plus, seulement au " su et vu " de la famille, maintenant presque tout le village sait qu'elle est " buveuse ", qu'elle " a été quelque temps chez les fous..." C'est là un grave problème d'environnement psychologique à ne pas négliger et qui est très difficile à affronter dans la pratique.

La post-cure est longue, car l'alcoolique connaîtra des périodes diverses, avec améliorations notables, retour en arrière et rechutes. L'équipe la connaît et la voit assez souvent, ne manquera pas le moment où il faut intervenir. Ces visites seront faites selon certaines modalités. Certes, ces derniers temps, peut-être par mesure d'économie, assistante sociale et infirmière ne sont pas régulièrement indemnisées pour leurs déplacements ; parfois, elles sont payées des mois ou une année après... ce qui décourage beaucoup de bonnes volontés.

Ainsi, au début, on fixe une date précise pour la visite à domicile. Par la suite, l'infirmière ou l'assistante sociale s'arrangeront pour passer au village, non pas uniquement à cause de l'éthylique, mais aussi (c'est important pour la malade et les parents) pour d'autres affaires ou d'autres personnes...

RECHUTE - ACCOUTUMANCE - PROBLEMES de la GUERISON

Une rechute prise à temps, n'engage pas l'avenir, ne détériore pas fatalement la situation générale de la maladie, apparaît moins tragique à la famille et parfois même, mieux tolérée : on s'y fait, à tort ou à raison.

La rechute n'annule pas forcément le résultat acquis depuis la première hospitalisation, et une nouvelle admission, parfois mal vécue par la famille et même par l'équipe, ne se résume qu'en une question de quelques jours durant lesquels, l'équipe tentera de la ramener aux justes proportions d'un accident de parcours, qu'il ne faut pas ni minimiser, ni dramatiser.

Il est difficile de disjoindre la post-cure de la rechute qui s'inscrit dans le cadre même de la surveillance extra-hospitalière.

La rechute perd peu à peu de son intensité première car nous constatons qu'elle est assez fréquente. La gravité de la rechute est fonction du contexte dans lequel elle survient.

Nous avons vu que l'alcoolisme est une réponse à un essai de résolution des conflits. La guérison... mais peut-on parler de la guérison de l'alcoolique ? ... La guérison de l'alcoolique supposerait que la malade ait trouvé d'autres solutions pour résoudre ses conflits. Dans le châpitre de la post-cure, nous avons évoqué cette possibilité ; le finalité de cette post-cure, répondant bien par l'engagement que l'on donne à l'alcoolique, à trouver les conditions de normaliser sa situation une nouvelle structure de sa personnalité.

Cela ne veut pas dire que le résultat est toujours acquis irréversiblement.

Il est très aisé, pour nous, de prôner l'abstinence en recommandant à l'alcoolique de prendre régulièrement son "espéral". L'abstinence est-elle vraiment la condition unique pour guérir et le spécialiste que nous sommes ne devient-il pas " le manipulateur de drogues ! " l'abstinence n'est-elle pas vécue par le malade comme une infantilisation, un amoindrissement, une défense, un interdit ? Les structures profondes sont-elles pour autant modifiées ?

A travers les quelques aspects non exhaustifs que nous venons d'envisager, l'alcoolique guérie, est avant tout, une femme qui provisoirement aliénée de son statut vis-à-vis d'elle-même et de son entourage, a recouvré la place qui lui revient dans la société. Abstinente ou non, elle reconquiert peu à peu son équilibre, sa liberté et les possibilités de vivre plus harmonieusement sa vie d'épouse et de mère de famille.

Sur les 18 dont nous venons d'étudier les cas (1970) , en 1971 :

- 3 sont suivies chez elles par l'infirmière visiteuse,

- 5 viennent à intervalles plus ou moins régulier au dispensaire ou sont réhospitalisées ; des autres, on a très peu ou pas du tout de nouvelles (?).

En ce qui concerne ces alcooliques, peut-on dire qu'il y a "guérison" ? La réponse de FOUQUET et HAAS (concours médical du 20 Novembre 1971) est catégorique : "Jamais" ! on cherchera,surtout, disent-ils " à créer une stabilisation , un équilibre et à prolonger cette situation."

C O N C L U S I O N S

Notre présent travail concerne une période courte et précise : l'année 1970 - Cela pour différentes raisons, entre autres :

1970 : A été la véritable année de démarrage de la structuration des secteurs du département.

1970 : A été le commencement de l'étude "tous azimuts" de l'alcoolisme et ce, en réponse aux voeux du Comité départemental de la lutte anti-alcoolique, la Haute-Marne ayant été (hélas) choisie comme département pilote (référence à la lettre-circulaire, au début de notre thèse).

Ce travail ne comprendra donc que les " buveuses " pour lesquelles l'hospitalisation était la seule solution. possible.Il n'a donc pas été question , ici, ni de l'alcoolisme mondain, d'importance non négligeable, ni des alcooliques qui ont été dirigés sur les hôpitaux généraux. Nous sommes donc profondément conscients du caractère lacunaire, scotomisant de notre travail. Néanmoins, nous espèrons, avoir contribué modestement, par ce biais, à l'étude si vaste de l'alcoolisme féminin en France, par le département de la Haute-Marne interposé.

En comparaison avec les chiffres de BOULON (thèse Nancy 1956) , le nombre global des hospitalisés pour alcoolisme invétéré des deux sexes, augmente d'une façon régulière à l'Hôpital Psychiatrique de SAINT-DIZIER, au fil des années :

en 1950 : 18 hommes alcooliques et 3 femmes alcooliques,
en 1953 : 58 hommes alcooliques et 9 femmes alcooliques,
en 1955 : 109 hommes alcooliques et 15 femmes alcooliques,
en 1956 : 17 hommes alcooliques et 16 femmes alcooliques,
en 1970 : 132 hommes alcooliques et 23 femmes alcooliques dont les 18 femmes alcooliques de notre secteur et qui ont fait l'objet du présent travail.

Le facteur socio-économique, les difficultés matérielles ne semblent pas aussi décisifs qu'on pourrait le penser dans le génèse de l'alcoolisme féminin, comme il a été déjà remarqué dans d'autres travaux.

Nos alcooliques boivent, parait-il, car elles n'ont trouvé que cette échappatoire au vide existenciel qu'est le leur : et ce vide, est d'autant plus grand que le niveau de l'environnement culturel de la malade sont plus bas (instruction primaire, origine rurale, manque de loisirs appropriés, familles nombreuses, insuffisance de planning familial etc...)

La nécessité primordiale, en plus du reclassement socio-professionnel aussi important que chez les hommes, de la POST-CURE : visites à domicile, séances de psychothérapie au dispensaire, thérapie de groupes (groupements anti-alcooliques : Croix Bleue, Croix d'Or, Vie Libre, Anciens buveurs), et surtout entretien psychothérapique avec le mari, la belle-mère, les enfants, la famille.

Il faut aider cette femme à se passer progressivement " de notre aide " ... C'est long... c'est décourageant et ce, d'autant plus que ces femmes, en général névrotiques, se refusent plus ou moins consciemment " à devenir adultes et responsables d'elles-mêmes et de leur famille. "

La fréquence relative des échecs de la cure de désintoxication chez les femmes, pourrait être attribué à l'importance de l'élément psycho-pathologique dans la génèse de l'éthylisme.

"Aussi malgré la répétition désespérante des rechutes, il faut savoir continuer à affirmer qu'une stabilisation reste possible sauf bien entendu, dans le cas de lésions irréversibles (cirrhose, encéphalopathies). En somme, les qualités d'un bon alcoologue, se résument ainsi : savoir entendre, savoir supporter l'échec, garder l'espoir...

L'alcoolisme en général, et celui de la femme en particulier, demeure un problème complexe dont il serait vain et stérile de considérer isolément les paramètres. C'est un phénomène socio-économique de grande envergure concernant des millions de citoyens qui vivent du commerce des boissons alcoolisées. Il ne pourrait être moins que jamais, question de prohibition.

Aussi, l'alcoolisme, apparaît comme une fatalité inexorable devant laquelle on ne peut absolument rien faire.... De toutes façons disent les sceptiques, y aura-t-il ou n'y aura-t-il plus d'alcoolique, les hôpitaux psychiatriques fonctionneront toujours ! oui ! c'est vrai... mais ... les potentialités absorbées par la lutte contre l'alcoolisme pourraient être mieux utilisées ailleurs ! mais ce n'est pas sûr ! ! ...

D'ailleurs, si quelque " naif " se met à essayer de faire un travail sur ce sujet... on lui sourira avec une certaine compassion.. car sa thèse, n'apportera pas grand chose et ne fera pas date... c'est tellement banal que de parler de l'alcoolisme.

A quoi bon ? l'anti-alcoolisme est une bataille perdue d'avance . L'homme, sous quelque climat qu'il se trouve, boit des boissons alcoolisées depuis des millénaires... L'important est dans la modération, la bonne mesure : mais où est la mesure et la modération ?

Le rôle du psychiatre doit être, nous le pensons, en plus de son rôle strictement médical, de participer efficacement à l'information intelligente, tenace du public le plus large possible, d'approfondir les études épidémiologiques, statistiques et génétiques de l'alcoolisme (FOUQUET) ceci, dans l'espoir de mieux cerner le problème dans toutes ses dimensions.

Et pour commencer une chaire d'alcoologie doit être instituée dans chaque Faculté de médecine pour sensibiliser et initier les futurs médecins aux problèmes " alcoolisme " dont l'impact social, économique et médical est aussi important que n'importe quelle autre épidémie.

Certes, l'alcoolisme, est aussi un problème d'organisation à échelon gouvernemental qui nécessitera, parfois, des révisions politiques douloureuses...mais cela ne devra pas empêcher que le citoyen que nous sommes ne se sente responsable chacun à notre niveau, devant le fait " alcoolisme ", surtout si ce problème concerne, en France au bas mot, 600.000 femmes, mères et épouses (FOUQUET et HAAS).

CONCLUSION GENERALE

Nous nous sommes efforçés dans ce travail d'apporter des éléments à l'étude de l'alcoolisme féminin à partir des cas observés dans un service d'un hôpital psychiatrique départemental.

Nous pensons que l'alcoolisme féminin est un fléau social dont on ne mesure pas assez l'ampleur. Car à l'inverse de l'alcoolisme masculin, celui de la femme est d'autant plus dangereux, à plus ou moins long terme, qu'il est plus sournois et que l'on n'y prête guère l'attention qu'il mérite .

B I B L I O G R A P H I E

BASQUIN - OSCHE

- 50 cas d'éthylisme féminin
  Revue de l'alcoolisme 1965 - 3

BERNIER et SOLMS

- L'alcoolisme féminin
  Hygiène mentale - 1953 - 2

BERNARD P.

- " La réadaptation sociale dans les hôpitaux psychiatriques en Angleterre et en Ecosse (Doc. Inf. Psych. PARIS 1954)

BERTAGNA A.

- La psychologie des alcooliques
  Revue du Patricien 1953 - 32

BOULON (CL)

- L'alcoolisme féminin traité en milieu psychiatrique " Thèse du Doctorat en Médecine(NANCY 1956)

ROYER J.

- " Précis d'hygiène Ed. J. BAILLIERE & Fils "

CHAIGNEAU - JOUSSELIN

- Traitements des femmes alcooliques

CORBERY - MADRE

- Alcoolisme féminin et névrose
  Thèse PARIS 1960

COUDERC H.

La structure du monde chez l'alcoolique à travers le test de Rorschah (mémoire de Psycho pathologie ; psychiatrie - Mémoire de psycho-pathologie présenté à LYON à l'Institut de Psychologie en 1969.

DAUMESON

- Les réunions de pavillon Infor. psych. 1949 p. 220
  Le travail des malades à l'hôpital inf. Psy 6

EY - BERNARD - Brisset -

- Manuel de Psychiatrie - MASSON 1967

EUMONT

- Alcoolisme féminin dans la Meuse traité en milieu Psychiatrique - Thèse NANCY 1970.

ESTERSON et LAING

- La famille devant la santé et la folie
Ed. maspéro PARIS.

Encyclopédie Médico-Chirurgicale Psychiatrie T.VI

JELLINEK E.M.

The disease concep of alcoholism
Hilhouse Press NEW-HAVEY

L'alcoolisme féminin - Revue du Patricien 1964 - 4

FOUQUET et HAAS

- "La femme alcoolique "
Concours médical - 20 Novembre 1971

FOUQUET

- Epidémiologie - Alcoolique
Revue "Santé mentale 1970" - n° 3
- Notre expérience de l'alcoolisme féminin
Revue de l'alcoolisme 1963 - 3

FOLLIN et PIVET

- Quelques aspects particuliers de l'alcoolisme féminin
An. Méd. Psych. 1957 - 1 - 1962

FOUQUET

- Facteurs socio-économiques familiaux de l'alcoolisme
Revue " Santé mentale " n° 171 - Janv. Fév. 1971

FOLLIN

- Les réunions du personnel
Séjour psych. 1949 - p. 222

BOMACE

- Sur les réunions du personnel

BALVET

A propos des réunions d'équipe et pour prendre
Zef. Psych. 1949 p. 270

DUMESON

- Les fondements d'une psychothérapie
" Collectivement " Evol. Psych. 1948 n° 3 p 57-85

Revue du Patricien
" Sociothérapie" n° 6 (mars 1969)

DAUMEZON - COR et RUDERAUF

- Données statistiques sur les tentatives de suicide chez les alcooliques entrées à l'admission de Ste-Anne.

AN Médico-Psych. Juillet 1955 - 2

CARETTE

- Alcoolisme mondain
Revue de l'alcoolisme T III - 3 - 1958

CHARLES. S. LIEBER

- Métabolios effects Produciel
by Alcohol in the Liver and other tissues
(School of Médecine N.Y.)

DELAY J.

- Etudes de psychologie médicale PUF

DESHALES (G.)

- L'alcoolisme chez la femme
(Revue de l'alcoolisme 1962 - 4)

- Aspects psychiques de l'alcoolisme chez la femme
" Vie médicale 1965 - 46 "

FREUD

- Totem et Tabou

Essais de psychanalyse
Petite bibliothèque Payot

GENTIS

- Les alcooliques - Edition du Scarabée PARIS

DUMAS ASTIER

-"L'alcoolisme, maladie alimentaire "
Revue " santé mentale " n° 171 - 1971

H. GOUNELLE

- Parti pris pour ... combattre l'alcoolisme et défendre le vin.

Ann. Hyg. L. Fr.
Méd. et Nut 1969 - T 5 n° 2

KARPMANN B.

- The alcoholie women
" The lineare Ress WASHINGTON 1948 "

LAING et ESTERSON

- La famille devant la santé et la folie
Edit. masquéro PARIS

LE CO

- " Sur la méthode de la grille application au dépistage précoce de l'éthylisme. "
Rev. ANN. HYG. L. FR.
Méd. et Nut. 1969 - T.5 - N° 2

LEREBOULLET

- Notre expérience de l'alcoolisme féminin
Revue de l'alcoolisme 1963 - 3

LEREBOULLET

- La désintoxication alcoolique
Revue du patricien 1964 - 4
La santé à quel prix ?
(9 ème congrés médico-social Grenoble 9 - 12 Oct.69)
Editions Berger LEVRAULT.

Information psychiatrique n° 9 Novembre 1969
" La place du psychologue dans l'équipe psychiatrique."

MARIE CARDINE - JALLADE

- Psychopathologie de l'alcoolisme (note pratique)
  Cahiers médicaux Lyonnais
  T.44 N° 28 - 30 - XI - 68

MASSOT - HAMEL - DEZIAY

- Alcoolisme féminin
  Quaterly journal of studies on alcool 1955-
  18-1-144

MARX - ENGELS

- "Oeuvres choisies"
  Editions sociales - PARIS.

NACHIN (C)

- L'alcoolisme féminin
  Revue de l'alcoolisme 1963 - 2

OSOUF

- Motivations de l'alcoolisme féminin
  Thèse médecine PARIS 1965

PELLET - JALLADE - LOSSON

-"La personnalité alcoolique "
  Cahiers médicaux lyonnais.
  T. 44 n° 28 - 30 XI - 68

PIVET S.

- Contribution à l'étude des conditions psycho-sociales
  de l'alcoolisme féminin
  Thèse PARIS - mars 1958 - n° 430

POROT

- Manuel alphabétique de psychiatrie PUF Edition
  1965 - PARIS

TEBOUL R.

- Contribution à l'étude d'une technique psychiatrique
  " la réunion de malades "
  Thèse PARIS 1962

WALL - J.H.

- A study of alcoolism in women - Amer J. of.
  psychiatry.

LE PRESIDENT DE THESE

Mr le Professeur J.B.BOUVIER

LE DOYEN DE LA FACULTE

DE MEDECINE PARIS-SUD

Mr le Professeur MONSAIGEON

VU et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE

Mr le Professeur MALLET

E R R A T A

Page 4 - 3 ème alinéa - 3 ème ligne

Lire : " la forme féminine "
au lieu de : " la formation féminine "

Page 28 - 7 ème alinéa - 2 ème ligne

Lire : " exploration du visage "
au lieu de : " exploitation du visage "

8 ème alinéa - 1 ère ligne

Lire : " trajet "
au lieu de : " projet "

Page 33 - dernier alinéa - 5 ème ligne

Lire : " régime prescrit "
au lieu de : " régime présent "

Page 70 - dernier alinéa - 2 ème ligne

Lire : " d'autres malades non alcooliques "
au lieu de : " d'autres malades alcooliques "

Page 86 - 4 ème alinéa

Lire : " DAUMEZON "
au lieu de : " DUMESON "